FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre GORET
Interne des hôpitaux de Paris.
Licencié es-sciences
Préparateur à la Faculté de Médecine de Paris.

ÉTUDE CLINIQUE

D'UN LOT DE

MILITAIRES ÉVACUÉS DU FRONT

POUR

ÉCLATEMENT D'OBUS A PROXIMITÉ

Président : M. GILBERT, *Professeur.*

PARIS
E. LE FRANÇOIS, Libraire
9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 9 ET 10

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Bactériologie	BEZANCON
Pathologie interne	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD, N.
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN.
Clinique des maladies infantiles	TEISSIER

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.
BRUMPT	LABBE (HENRI)	MULON	SICART
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FRATRI MEO

A la mémoire de mon PÈRE et de mon FRÈRE

A mes PARENTS

À la mémoire de mon cher et regretté Maitre
le Professeur Gilbert BALLET

À mon cher Maitre
le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

À mon cher Maitre
le Professeur Georges CARRIÈRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat.

MM. le Docteur Jules VOISIN, La Salpêtrière 1906.
le Docteur ROUBINOVITCH, La Salpêtrière 1906.
le Professeur Gilbert BALLET, Hôtel-Dieu (in memo-moriam) 1907.
le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, Hôtel-Dieu 1907.
le Professeur SICARD, Hôtel-Dieu 1907.
le Docteur J. BABINSKI, La Pitié 1908.
le Docteur CLAISSE, La Pitié 1908.
le Docteur CAUSSADE, Hôpital Tenon 1909.
le Docteur BALZER, Hôpital Saint-Louis 1909.
le Docteur DOLÉRIS, Maternité de Saint-Antoine 1910.
le Docteur FUNCK-BRENTANO, Maternité de Saint-Antoine 1910.

Internat.

le Professeur Auguste BROCA, Enfants-Malades 1911.
le Docteur H. RICHARDIÈRE, Enfants-Malades 1912.
le Professeur Samuel POZZI (in memoriam) Hôpital Broca 1913.
le Docteur CAUSSADE, Hôtel-Dieu 1914.
A MM. les Docteurs HOVELACQUE et LECONTE
A M. ESTRADER, Docteur en pharmacie.

PRÉAMBULE

Lorsque, au retour du Front, j'ai voulu me mettre au courant des questions médicales du jour, j'ai rencontré dès l'abord, une littérature volumineuse sur les « commotionnés », les « shockés », les « torpillés », les « émotionnés », les « contusionnés de guerre ». Le désir d'apprendre comment on portait pareils diagnostics m'a conduit à faire l'étude présente.

J'avais vu à la Frontière Belge, en août 1914, un homme dont les pleurs bruyants avaient la veille du combat ameuté toute sa compagnie. J'avais dit : « Cet homme a peur ». A Verdun, mon poste de secours dès son établissement, s'était rempli comme par enchantement d'hommes sans blessure se réclamant d'un éclatement qui les avait renversés, commotionnés... Après quelques heures de répit, au matin, je les avais évacués sur l'Avant et avais eu le plaisir d'en retrouver quelques-uns en première ligne le lendemain. J'en avais conclu qu'il s'agissait de gens apeurés ou fatigués.

Il paraît que si tout est clair au Front, il n'en est pas de même à l'Intérieur.

La littérature des commotionnés de guerre grossit toujours sans cesser d'être fort obscure.

*
* *

Ce chapitre existait avant la guerre actuelle en psychiatrie seulement. Les guerres récentes, et surtout la guerre Russo-Japonaise avaient été l'occasion d'observations nombreuses à ce sujet. Paul Jacoby, par exemple, faisait remarquer que : « les batailles modernes... agissent de plus en plus à la façon des catastrophes cosmiques... on voit des soldats éperdus, affolés, fuir automatiquement devant eux, égarés, inconscients, hallucinés parfois, ne sachant plus ce qu'ils font, en proie à ces nouvelles formes de maladies apparentées aux névroses traumatiques et hystériques d'origine industrielle ».

D'autre part, on connaissait déjà fort complètement les troubles mentaux d'origine traumatique. Le « délire nerveux des blessés » de Dupuytren est maintenant classé parmi les confusions mentales, à la suite de nombreux travaux parmi lesquels ceux du Professeur Régis. Les psychoses confusionnelles d'origine émotionnelle étaient encore rappelées un peu avant la guerre par Hésnard à propos des catastrophes de l'*Iéna* et de la *Liberté* (avril 1914).

L'émotion-choc y était jugée capable de libérer les cyto-toxines déterminantes.

Enfin la constitution émotive était décrite par le Professeur Dupré depuis 1903.

L'essentiel semblait donc acquis. La guerre actuelle ne pouvait amener, apparemment, qu'à préciser les

aspects cliniques de la confusion mentale d'origine émotionnelle.

Parce que ces troubles sont jugés sous la dépendance d'une auto-intoxication, il était naturel de les qualifier d'inorganiques pour les opposer aux troubles lésionnels. Et voilà établi, *à priori*, une distinction entre les émotionnés et les commotionnés. On sait bien ce qu'est une commotion cérébrale, une commotion cérébro-spinale. Dans tous les traités classiques de chirurgie, on étudie le premier degré des traumatismes crâniens : la commotion, l'arrêt brusque des fonctions encéphaliques ou médullaires, la sidération passagère. On l'oppose à la contusion cérébro-spinale, le second degré de traumatisme crânien que caractérisent des signes de lésions en foyer à évolution plus ou moins longue.

La pratique courante des postes de secours et des ambulances a créé le groupe tout pratique des commotionnés, des émotionnés de guerre.

A l'Intérieur, on a accepté par groupe nosographique ce qui n'était qu'un terme d'usage vulgaire et on s'est posé ces questions :

Ce groupe est-il une réelle entité clinique?

Si oui, précisons-la.

Si non, dissocions-la.

En quoi?

En organiques et en inorganiques, en commotionnés et en émotionnés. Cherchons les signes permettant de distinguer les uns des autres. Et d'ailleurs les nécessités de la médecine militaire ne nous y poussent-elles pas? Ce commotionné, cet organique, est un vrai blessé

digne de toute commisération. Cet émotionné, cet inorganique, ce fonctionnel, cet « hystérique » est bon pour le conseil de guerre et le retour au Front dont on n'aurait pas dû le faire partir!

*
* *

Les premières publications sur les commotionnés de guerre, au début de 1915 (Sencert, Leclercq, Ravaut, Leri, Crouzon, etc.) portent sur les signes d'organicité permettant de faire la distinction dont nous venons de parler. Ces travaux suivent tout simplement la direction précédemment tracée.

En juin 1915, Mairet et Piéron ouvrirent la « question des commotionnés » par leurs trois publications décrivant le « Syndrome commotionnel ».

Ils prenaient délibérément le parti de ceux qui, au Poste de Secours, écrivent le diagnostic « commotion » sur le billet d'hôpital pour exprimer que l'homme leur paraît incapable de rester à sa place de combat quoique n'ayant pas de blessure. Les causes du syndrome commotionnel sont, pour Mairet et Piéron des commotions d'obus, des chocs émotionnels et des traumatismes somatiques. Ainsi, à une description anatomo-clinique « ayant son unité propre » se trouvent correspondre toutes les variétés d'ébranlement de l'organisme, secousses physiques et morales.

Cette vue nouvelle ne manque pas d'ampleur ni d'originalité. Aussi elle fit sensation.

Mais les critiques étaient évidentes. Ce syndrome ren-

fermait « presque toute la pathologie nerveuse et mentale » (Roussy, 1917; Léri, 1918). Impossible d'en tirer une triade vraiment pathognomonique. Impossible de l'utiliser pratiquement.

Les auteurs eux-mêmes semblèrent renoncer à cet édifice d'ensemble quand ils décrivirent en août 1917 un syndrome émotionnel qu'ils pensèrent différencier du syndrome commotionnel. Ils revenaient à la conception classique précédente et rien ne restait de leur tentative de grouper en un tableau unique tous les ébranlements de l'organisme.

D'autres auteurs reprirent le problème avec une moindre ampleur, ce qui paraissait promettre plus de solidité.

On mit délibérément de côté les lésions en foyer et on s'attaqua à définir ce qui restait du groupe des commotions de guerre.

Ce sont des émotionnés, dit notre cher et regretté Maître Gilbert Ballet. « L'état commotionnel n'est qu'une émotion-choc intensifiée et fixée ». Ce sont des confus mentaux, dit Charon voulant négliger le point de vue neurologique. Ce sont tous des hystériques, disait Roussy.

Ces opinions, toutes soutenables pour un certain nombre de cas, auraient eu besoin de statistique pour évincer les concurrentes et correspondre à la majorité des cas, ce que voulaient leurs auteurs.

Mais là, on se heurtait à l'imprécision du terme de commotionné. Pourvu qu'un homme fût évacué du Front, qu'il n'eut pas de blessure ou d'affections médicales évi-

dentes, il échouait en psychiatrie. Autant de recrutement des services hospitaliers, autant d'opinions diverses.

Semblant renoncer à définir les commotionnés, les chercheurs se mirent à résoudre des questions de détails.

Les uns reprenant les discussions d'autrefois sur le vent du boulet voulurent savoir si le vent d'obus, le violent déplacement d'air de l'explosion était un agent pathogène. Les autres cherchèrent les signes de laboratoire qui pourraient être caractéristiques d'une lésion produite par éclatement d'obus : études sur le labyrinthe, sur le liquide céphalo-rachidien. D'autres enfin se confinèrent dans le traitement et y virent un mode de diagnostic.

Il était évident que toutes ces études de détails faites sur un groupement purement factice devaient donner des résultats peu comparables entre eux.

On en a entrepris cependant la synthèse autour de deux ou trois types : les commotionnés, les contusionnés, les émotionnés de guerre.

La question en est à ce point :

Elle nous a suggéré quelques considérations que nous exposons ici, en choisissant certains points de vue, car les aborder tous ce serait passer en revue toute la neuro-psychiatrie.

Nous présentons ensuite les observations d'un lot de militaires évacués du Front pour un éclatement d'obus à proximité. Ce sont les cas qui nous ont paru les plus intéressants pour juger des effets psychiques des traumatismes de guerre avec le recul que donne l'observation faite à l'Intérieur.

PREMIÈRE PARTIE

Quelques considérations sur la question des émotionnés et des commotionnés de guerre.

I. — APPELLATION. — DÉFINITION D'UN « COMMOTIONNÉ DE GUERRE ».

Et d'abord, comment les appeler?

Commotionnés? Commotionnés par vent d'obus? Shockés? Obusés? Psychonévrosés? Émotionnés? Faut-il s'astreindre à une distinction de terme entre commotionnés et émotionnés? Ou bien entre commotionnés, émotionnés et contusionnés?

Notre opinion personnelle serait de leur appliquer le qualificatif d'Évacués du Front pour un éclatement d'obus à proximité.

Mais étant donné l'usage courant, il est plus simple de les traiter tous de « commotionnés », en disant bien une fois pour toutes que ce terme n'a *à priori* aucune précision.

Quelle est la définition d'un commotionné de guerre?

Une première réponse semble très satisfaisante : c'est un homme auprès duquel a eu lieu une très violente explosion.

Mais comme il est d'observation vulgaire qu'une violente explosion proche a sur l'organisme des effets très variables, depuis la mort subite jusqu'à des modifications physiologiques ou psychiques insignifiantes, on a

été conduit à faire des distinctions selon les circonstances de l'explosion.

On s'est lancé dans des distinctions pyrotechniques, entre la déflagration, l'explosion et l'éclatement ; on s'est livré à de fastidieuses énumérations d'obus, de torpilles, de minenwerfer, de bombes d'avion, de mines, d'éclatement de pièces d'artillerie, d'explosion de dépôts de munitions, etc...

On s'est laissé aller à faire avec les hommes des distinctions entre le 210, le 305 et le 77.

Ainsi on semblait affirmer qu'on ne peut pas être commotionné par balle.

Se rendant compte de l'importance des détails de l'accident, Léri a précisé les distances nécessaires à la production d'une commotion : inférieures à 8 ou 10 mètres pour un obus de gros calibre ; à 5 ou 6 mètres pour un obus de moyen calibre ; à 2 ou 3 mètres pour un petit.

Et ceci ne suffisait pas encore. A courte distance, l'éclatement d'un projectile de fort calibre peut n'avoir aucun effet. D'après les renseignements fournis par les techniciens, on a jugé que la zone dangereuse était limitée à la périphérie latérale de l'explosion. Pour commotionner, il faut que l'obus n'éclate pas au-dessus de l'homme, mais à son niveau.

Au total, est commotionné le sujet atteint par le vent d'explosion de l'obus à courte distance.

Et ceux qui ne sont pas atteints par le vent de l'obus?

On les qualifiera de faux commotionnés, d'émotionnés.

Nous voyons en effet Léri distinguer la commotion de

l'émotion par la distance chez des sujets soumis au même éclatement d'obus.

Quelqu'un s'est-il attaché à montrer que les émotionnés sont ceux qui ne se sont pas trouvés en plein dans l'explosion, mais en étaient toujours distants? Nous n'avons trouvé nulle part pareille recherche dans la littérature. Il est au contraire patent qu'un émotionné est celui qui présente du mutisme émotionnel, des crises d'hystérie, ou autres troubles d'hyper-émotivité, — et la presque totalité des auteurs qui en parlent ne s'occupent pas de savoir s'ils étaient près ou loin de l'éclatement. Roussy et Lhermitte par exemple, à toute page, parlent d'astasie-abasie, de monoplégie hystériques ou de crises d'agitation motrice chez des sujets violemment projetés sur le sol par l'explosion.

D'ailleurs attacher une division aussi importante à des détails de l'accident, la plupart du temps ignorés du malade et rarement bien racontés, n'est-ce pas refaire à l'Intérieur et tout à loisir ce qu'on est obligé de faire sous le bombardement : écrire le diagnostic de commotionné ou d'émotionné sur les simple dires de l'intéressé.

Une circonstance étiologique ne permet jamais d'édifier sur elle un type clinique. Si nous ne possédons pas de symptômes permettant de vérifier les dires de l'homme nous ne devons pas maintenir une pareille expression.

La définition suivante : un commotionné est un homme auprès de qui a eu lieu une très violente explosion, n'est donc pas celle d'une entité clinique et ne justifie pas l'emploi d'un diagnostic spécial.

Qu'est-ce donc qu'un commotionné de guerre ?

La seconde réponse est la suivante : C'est un porteur de lésions organiques consécutives à une explosion d'obus.

Qu'entend-on par lésions ? Est-ce que toutes les lésions produites par l'éclatement d'obus proche ou éloigné appartiennent au cadre des commotions de guerre.

Si oui, on englobe tous les cas de syndromes de tachycardie permanente et de Basedow apparus au Front, dans la même dénomination que les hématomyélies. Ce qui est inadmissible.

Il faudra donc préciser :

Si on parle de lésions de l'axe cérébro-spinal à l'exclusion de celles des viscères qui se rattachent aux troubles sympathiques, on demandera si les lésions sont durables, constatables à l'opération ou à l'autopsie, ou bien si elles sont microscopiques et passagères.

Dans le premier cas, on veut appliquer de force le terme de commotionnés à des contusionnés de l'axe cérébro-spinal par l'éclatement d'obus alors que ces contusionnés n'ont rien de spécifique.

Dans le second cas, pour isoler les commotionnés on se base sur des lésions que Mairet et Piéron supposent exister. Elles seraient microscopiques et transitoires. Une ébauche de description en a été faite. En octobre 1915, Claude et Lhermitte ont observé « des lésions de la commotion spinale pour ainsi dire spécifiques ». Ce sont des « foyers de nécrose insulaire, de la dégénération primaire aiguë des fibres myéliniques, des modifications épendymaires, de la dégénération des racines posté-

rieures. Ces lésions équivalent presque dans certains cas à une section de la moelle ; dans d'autres, elles ressemblent à un foyer de myélite transverse. Elles relèvent de l'ischémie, ou de la dilacération directe des fibres nerveuses ou de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Mais si ces lésions ne peuvent être confondues avec aucune autre affection de la moelle, leur symptomatologie est celle du déficit. C'est assez uniformément le tableau de la section de la moelle.

Mott, le 10 novembre 1917, a publié deux examens microscopiques du cerveau dans le cas de commotion cérébrale par shock d'obus sans blessure extérieure.

Il a trouvé de la congestion du système veineux et de la chromatolyse des cellules nerveuses. « Les veines gorgées de sang ont leurs parois rompues par places et sont environnées de petites hémorragies ; ceci se voit aussi bien dans l'épaisseur du tissu cérébral que dans la pie-mère. Il y avait des hémorragies assez étendues sur la surface du cerveau et du cervelet ainsi que sur la protubérance dans le cas du blessé mort sans avoir repris connaissance ».

L'auteur compare les aspects histologiques constatés dans ces deux cas à ce qu'on voit quand on étudie le cerveau des animaux ayant subi la ligature simultanée des carotides et des vertébrales où l'on observe ces trois lésions : anémie des capillaires, congestion veineuse, altérations chromatolytiques par épuisement aigu du système nerveux.

Les données d'anatomie pathologique peuvent donc dès maintenant entrer en ligne de compte.

Mais sont-elles suffisantes pour édifier un type morbide? Ne conduisent-elles pas très probablement à une dissociation où la localisation sera tout et les caractères histologiques des lésions de peu d'intérêt clinique? C'est bien probable.

En tous cas, il est déjà dit que la symptomatologie n'a rien de caractéristique.

Plus de syndrome commotionnel ni contusionnel, mais des manifestations cliniques variables selon le siège des lésions : c'est vers cette opinion que l'on court.

Plus de type clinique neuro-psychiatrique englobant la majorité des cas. Mais, d'une part, des réactions psychiques variables avec les antécédents de chaque individu, et d'autre part des troubles mentaux liés aux troubles organiques avec l'indépendance relative qu'on leur connaît.

Ainsi serait rendu à sa vraie signification le terme de commotionné de guerre. Ce ne serait plus que le sens populaire du mot : « J'ai été commotionné », dit le soldat qui a été projeté, culbuté, lancé en l'air ou contre une paroi. « J'ai été commotionné, mais je ne me suis pas trouvé de blessure. »

Ainsi serait rompue la malheureuse association de mots entre le sens vulgaire de commotion et le terme médical classique de commotion cérébrale, premier degré des traumatismes crâniens.

On comprend bien ainsi comment on n'a pas pu arriver à définir le terme courant pratique, commode mais fort peu scientifique, de commotion par obus.

II. — DU DIAGNOSTIC DE LA COMMOTION DE GUERRE

Si la définition d'un commotionné de guerre n'est pas encore satisfaisante, on peut penser qu'il existe cependant un type clinique indéniable quoique assez difficile à délimiter.

La discussion précédente ne suffit donc pas pour condamner l'emploi du terme de commotionné par obus.

Voyons les symptômes qui permettent, en pratique courante, de reconnaître un commotionné.

C'est là un problème de tous les jours dans un Centre de neurologie. Voici un homme qui vient dire: J'ai été commotionné. Il exhibe un billet d'hôpital rédigé deux ou trois jours... ou trois mois après son évacuation du Front. Comment contrôler ses dires? Quelles recherches faire? Quels symptômes objectifs me persuaderont de la réalité de ses plaintes. S'il n'y en a pas, je suis à la merci des dires de l'intéressé. Quelle est donc la triade symptomatique du syndrome commotionnel?

Après leurs descriptions de juin 1915, Mairet et Piéron ont montré à plusieurs reprises qu'ils maintenaient leurs dires. En avril 1917, ils parlaient des auteurs qui « ont retrouvé après nous ce syndrome ». Le 26 sep-

tembre 1918, ils rappelaient la « symptomatologie commotionnelle telle que nous l'avions tracée en juin 1915, telle qu'elle a été décrite si souvent depuis lors. »

Voyons donc la manière de porter ce diagnostic.

Il y a dans ce syndrome des troubles sensoriels qui se présentent surtout avec la forme en hypo, troubles généralement asymétriques; mais les troubles en hyper existent aussi, quoique moins généraux.

Il y a une hyperexcitabilité réflexe allant jusqu'à la crise d'hystérie mais on rencontre aussi, plus rarement, des paralysies avec ou sans contractures.

Il y a des troubles vaso-moteurs, splanchniques, de la tachycardie ou de la bradycardie, de la céphalée, des troubles de la vision, des sensations vertigineuses.

Et psychiquement, de l'inertie affective, de la surexcitation du sentiment égoïste donnant la forme d'irritabilité-colère ou de crainte-terreur, — de l'amnésie rétrograde, de l'aphémie, de l'agraphie, de l'inertie intellectuelle, de la suractivité imaginative, des cauchemars, des hallucinations, etc., etc.

Et dans cette énumération rien n'est au premier plan, rien n'est positif : les contraires sont énoncés en même temps.

On peut dire, il me semble, que Roussy, puis Léri n'ont fait que formuler l'opinion générale, en déclarant qu'il n'y a pas là de syndrome clinique à proprement parler.

On ne peut pas employer en clinique le diagnostic de « syndrome commotionnel ».

Et cependant il s'est constitué en trois ans toute une

littérature tendant à établir un type neuro-psychiatrique du commotionné.

Est-il possible de dégager de ces descriptions quelques traits concordants ?

Prenons tout de suite les derniers travaux, ceux qui prétendent à plus d'exactitude par la distinction des aspects cliniques selon les temps et les lieux, c'est-à-dire sur le champ de bataille, à l'ambulance et à l'Intérieur.

Qu'est-ce qu'un commotionné sur le champ de bataille ?

C'est un comateux avec résolution musculaire et abolition de la réflectivité tendineuse et cutanée, ou au moins un subcomateux avec un facies spécial dû à la parésie faciale, à la mydriase et à l'inégalité pupillaire, selon la description de Du Rosselle et Oberthür qu'acceptent Roussy et Lhermitte (1917). C'est aussi un comateux pour Léri (1918). « C'est en somme le tableau classique du coma complet analogue à celui de la grosse hémorragie cérébrale au pouls lent et faible, à la respiration stertoreuse, aux pupilles largement dilatées, aux réflexes tendineux abolis ou très diminués ».

Mais pour Lépine, il n'en est pas ainsi. Le type commotionnel sur le champ de bataille est qualifié de collapsus et il est jugé mériter une description spéciale : Inertie générale. Hypotonie musculaire. Diminution de la sensibilité générale, mais hyper-réflectivité tendineuse et cutanée. Signe de Babinski en extension énergique. Kœrnig. Extrémités froides. Sueurs froides. Pouls petit et rapide.

Il est difficile d'être plus contradictoire. Et quand on voit des auteurs comme Léri, après avoir insisté sur la perte de connaissance, comme début essentiel des accidents commotionnels, abandonner ce symptôme pour déclarer que l'on peut être commotionné sans perdre connaissance, on ne sait plus ce qu'il faut penser du commotionné sur le champ de bataille.

Peut-être les choses seront-elles plus claires à l'Ambulance ?

Les symptômes physiques observés là avec un peu plus de loisir qu'au Poste de Secours doivent être mieux concordants. Enumérons-les :

1° La réflectivité tendineuse.

Exagération passagère (Dupouy, 11 déc. 1915).

Exagération pendant les premières semaines (Guillain, 31 janv. 1916).

Les réflexes sont toujours exagérés mais ne sont plus dans l'état de susceptibilité exaspérée du début (Lépine, 1917).

Réflexes amples et surtout vifs (Léri, 1918).

La conclusion s'impose : les réflexes tendineux sont exagérés chez les commotionnés dans les premières semaines qui suivent l'accident. Et pourtant on trouve une note discordante : Damaye, 6 oct. 1917, signale la diminution des réflexes pastellaires et crémastériens.

2° Le réflexe plantaire en extension.

Du Rosselle et Oberthür disent l'avoir toujours trouvé au Poste de Secours. Dupouy n'en parle pas. Guillain dit que le signe de Babinski fait habituelle-

ment défaut. Damaye, Léri affirment l'avoir cherché et ne l'avoir pas trouvé.

La question reste donc en suspens.

3° L'état des pupilles.

Elles sont en mydriase pour Lépine, Léri, Guillain Barré et Damaye, avec diminution des réflexes à la lumière et inégalité pupillaire. L'accord règne sur ce point. Dufour a même signalé le 1er février 1917 un cas de S. d'Argyll unilatéral.

4° Les modifications de la tension artérielle et du pouls sont « assez discordantes », dit Léri. La tension artérielle est normale dit Guillain, mais on observe souvent dans les premiers jours quelquefois de la bradycardie, plus souvent une légère tachycardie. Le pouls est d'ailleurs instable et se modifie très facilement sous l'influence des changements de position, de l'effort, etc.

Léon Binet, le 10 août 1916, a observé sur 16 cas de commotion sans plaie extérieure, 8 cas de tachycardie à 80-100, 3 cas de bradycardie à 60 et 5 cas d'irrégularité du pouls.

Lœper et Verpy (5 nov. 1916) estiment que dans les deux tiers des cas, il apparaît dès le 2e jour une hypotension modérée qui persiste fort longtemps et ils insistent sur le syndrome d'insuffisance surrénale.

Biscons et Mercier (21 nov. 1916) ont observé une accélération modérée du pouls, une élévation marquée de la pression minima et une hypertension différentielle.

Pour Lépine il y a deux cas; « dans le premier cas, il y a réaction énergique, plutôt supérieure à la nor-

male, battements cardiaques nets et forts. Mais cela ne se voit guère que les premiers jours et chez les hommes en train de guérir. L'autre cas est plus fréquent : pression basse, persistante, cœur qui donne l'impression d'être mou et paresseux avec des périodes de tachycardie le matin notamment ». Plus loin, le même auteur déclare qu'on entend souvent : « un bruit de galop de faiblesse » accompagné de tachycardie de quelques minutes à la suite d'un léger effort.

Logre et Bouttier (6 décembre 1917) notent de l'instabilité du pouls, de la tension artérielle et de la vasomotricité soit spontanément, soit sous des influences diverses telles que la fatigue ou l'émotion. Ce « syndrome d'instabilité vasculaire » se rencontre au cours des commotions les distinguant des cas de lésions encéphaliques localisées. Dans les commotions à prédominance unilatérale, il peut exister un syndrome très net de déséquilibration vasculaire à type hémiplégique, un syndrome post-commotionnel dimidié.

Mais Logre ajoute que cette « instabilité vasculaire, manifestation de déséquilibre organique, est souvent associé au déséquilibre psychique et en particulier à l'émotivité post-commotionnelle ».

C'est donc avec quelque étonnement qu'on voit Léri conclure que le pouls est ordinairement lent avec hypotension maxima.

Mougeot affirme que « parmi les troubles si divers des commotionnés se dégage un syndrome : brachycardie totale, sinusale avec absence de réflexe oculo-cardiaque » (28 juillet 1917).

L'opinion la plus mesurée semble au contraire être celle d'Oppenheim (17 février 1917). Après une étude spéciale de la question il conclut que dans 68 p. 100 des cas la pression est normale, l'hypertension est rare et l'hypotension modérée un peu plus fréquente; pour la fréquence des pulsations, il estime que la tachycardie habituelle se rencontre dans 45 p. 100 des cas, le pouls normal dans 33 p 100 et la brachycardie seulement dans 22 p. 100 des cas.

Il n'est pas exagéré de conclure, ce nous semble, que l'étude du pouls et de la tension artérielle est incapable de fournir un signe pathognomonique de la commotion par éclatement d'obus.

5° L'examen du liquide céphalo-rachidien a-t-il fourni des résultats plus utilisables?

Guillain, Roussy et Boisseau ont trouvé un liquide normal, Dupouy, Mairet et Piéron, Lépine ont noté l'hypertension.

Léri dit que l'« on constate généralement l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, lequel s'écoule en jet ». Il précise qu'il s'agit « des commotionnés vrais, ponctionnés dans les quelques jours qui suivent la commotion. » Mais cet auteur ajoute : « Il ne s'agit pourtant que d'impressions, car nous n'avons pas employé de manomètre et nous ne pouvons fournir de chiffre ».

L'hyperalbuminose est l'objet des mêmes écarts d'opinion.

Ravaut, Guillain, (31 janvier 1916), Leriche (1er septembre 1915), notent qu'elle peut exister. Mairet et Piéron la signalent. Elle est rare pour Roussy et Lhermitte,

pour Claude. Elle manque pour Dupouy, Léri, et M. P. Weill (13 avril 1918).

L'hyperglycosie a paru un moment avoir plus de valeur. M. P. Weill déclarait que la présence du sucre en excès dans le liquide céphalo-rachidien était un témoin de la congestion méningée qu'elle permettait de distinguer les commotionnés des névropathes. Il la rencontrait fréquemment à la période précoce des commotions de guerre, mais elle peut manquer dans les cas légers.

Enfin Mestrézat, Bouttier et Logre, le 11 mai 1918, déclarent que le liquide des commotionnés est anormal dans la moitié des cas et qu'il existe habituellement « une formule commotionnelle typique caractérisée par l'hyperalbulminose (0,35 à 1 gramme par litre), isolée de toute autre modification cyto-chimique importante. On note l'absence de participation méningée (chlorures normaux, perméabilité normale et pas de leucocytose) ; l'absence d'infection (pas de fibrine ni d'hypoglycosie) ; une tendance marquée à l'hypersécrétion (hypertension, hyperglycosie fréquente, hypoleucocytose habituelle, 0,3 à 0,7 éléments par millimètre cube, peut-être par dilution du liquide). Le contraste entre l'hyperalbuminose et le taux leucocytaire normal ou diminué aboutit à la dissociation albumino-cytologique ou plus souvent à l'inversion albumino-cytologique.

« La formule commotionnelle achève de se caractériser par son évolution : apparition ordinaire de l'albuminose après 2 ou 3 jours ; disparition habituelle au cours de quelques semaines à quelques mois ; le plus rarement,

persistance indéfinie ou régression très lente du syndrome ».

Cette observation basée sur une cinquantaine d'examens doit être prise en sérieuse considération, car il ne faut évidemment pas accorder à toutes les publications la même valeur. Mais il est encore permis de rester dans l'expectative, la contradiction avec d'autres bons observateurs étant trop formelle, et surtout la proportion des troubles trop faible (50 p. 100).

Il est bien entendu pour en finir avec le liquide céphalo-rachidien que la lymphocytose pas plus que la xanthochromie ou la teinte sanglante ne doivent pas figurer dans une description des commotionnés, puisqu'elles indiquent sans hésitation une contusion crânienne, une hémorragie méningée.

6° La recherche du réflexe oculo-cardiaque a été pratiquée par Lœper en novembre 1915. Dans un cas observé de très bonne heure, le ralentissement atteignait 22 par minute; chez 23 autres sujets observés plus tardivement, 9 avait un ralentissement notable, 5 une accélération appréciable, 7 un réflexe normal.

Grandclaude (juin 1916) a trouvé généralement le réflexe très exagéré (retard de 22 pulsations), dans les cas observés 1 h. 1/2 après la commotion ; il a noté aussi de l'accélération du cœur. Enfin Oppenheim observant à l'Intérieur (17 février 1917) estime qu'un peu moins de la moitié des commotionnés (43 p. 100) ont un réflexe normal, que l'exagération du réflexe est rare (15 p. 100) et que l'abolition du réflexe ou son affaiblissement se rencontre dans un quart des cas.

Tout ceci ne permet pas de conclure mais on voit déjà combien les tentatives de systématisation des troubles ont été peu couronnées de succès : Lœper pensait arriver à retrouver le syndrome d'insuffisance surrénale; Oppenheim et d'autres auteurs cherchaient à établir l'existence habituelle d'un syndrome vago-tonique : bradycardie, exagération du réflexe oculo-cardiaque et hypotension artérielle, ou d'un syndrome sympathico-tonique : tachycardie, inversion du réflexe oculo-cardiaque et hypertension artérielle. Et ces tentatives n'ont pas abouti...

Nous ne nous étendrons pas sur la recherche du vertige voltaïque traduisant une commotion labyrinthique, sortant un peu de notre sujet.

Nous signalerons les recherches de Lortat-Jacob et Convers (7 décembre 1916), de Villaret et Faure-Baulieu (10 juin 1918) sur l'instabilité de la courbe thermique; le signe de la convergence des globes oculaires chez les commotionnés, de Paul Descomps, J. Euzière et Pierre Merle (9 mai 1918); le signe du champ visuel hélicoïdal convergent de Mairet et Durante (28 novembre 1918).

Au total, les signes physiques de la commotion par obus sont encore loin d'appartenir au domaine de la clinique courante. L'hyper-réflectivité tendineuse et la mydriase avec inégalité pupillaire sont encore les signes les moins discutés. Ils sont insuffisants. Il faut bien appuyer sur ce fait capital que les auteurs cherchent des signes permettant de distinguer les commotionnés des émotionnés. Or nul n'ignore les signes physiques de la constitution émotive du Professeur

Dupré. C'est justement de l'hyper-réflectivité diffuse, tendineuse, cutanée et pupillaire, du déséquilibre circulatoire, tachycardie occasionnelle souvent permanente et paroxystique, du déséquilibre thermique et glandulaire, etc. Après deux ans de recherches de détails, est-on arrivé à repousser le reproche de « simples nuances » entre les émotions et les commotions ?

Et qu'on ne s'appuie pas sur les modifications du liquide céphalo-rachidien comme signe indéniable de commotion. G. Dumas et Laignel-Lavastine avaient déjà montré en janvier 1914 que l'émotion est susceptible de faire varier dans de grandes proportions la pression du liquide céphalo-rachidien.

Il est évident qu'on se débat dans une impasse.

Quant aux signes psychiques, nous n'avons qu'à les signaler car nous y reviendrons : troubles subjectifs, céphalées, éblouissements et troubles objectifs, amnésie rétro-antérograde, amnésie lacunaire, faiblesse de l'attention. Ils ne peuvent entrer en ligne de compte que s'ils sont groupés en un syndrome. Nous verrons que l'accord n'est pas réalisé non plus de ce côté.

*
* *

Et c'est ainsi qu'après avoir échoué, comme beaucoup d'autres, en tentant de définir le commotionné de guerre, nous sommes obligé de reconnaître qu'il n'y a pas d'entité clinique neuro-psychiatrique qui réponde à ce vocable.

De nombreuses autorités couvrent cette opinion :

Pour décrire les psychonévroses, en avril 1915, loin

d'avoir recours à un terme nouveau, le Professeur Grasset se contentait d'une énumération anatomo-physiologique des cas observés.

Le 1er janvier 1916, le Professeur Gilbert Ballet ramenait les commotionnés au groupe bien connu des émotionnés.

C'est aussi l'avis du Professeur Dupré, 15 décembre 1916 : « Il n'y a pas à proprement parler de psychoses de guerre. La guerre, véritable épidémie de traumatismes physiques et psychiques, individuels et collectifs, a seulement multiplié certaines formes psychopathiques, coloré certains délires et enfin révélé par accélération ou aggravation des psychopathies latentes, ignorées de l'entourage ».

Et bien d'autres auteurs : Sollier et Chartier (23 octobre 1915), Charon (juin 1915), Chavigny, Leroy, Hesnard, Aimé (22 février 1917) s'expriment de même. « D'une manière un peu hâtive, dit ce dernier, on a jeté dans la nosologie des vocables nouveaux qui n'ont à mon sens qu'une valeur précaire. Trop vite, on a cherché à créer des types inédits de névroses ou de psychonévroses de guerre comme si le système nerveux n'avait pas antérieurement à la guerre ses modes immuables d'agir. »

Enfin nous sommes heureux de faire la remarque que c'est aussi l'avis de notre cher maître, le Professeur Laignel-Lavastine qui se plait à dire que le diagnostic de commotionné de guerre est à peu près ignoré de sa plume. « Et puisque, dit-il, commotion ne signifie que l'effet d'un éclatement d'obus à proximité, il faut supprimer ce terme du vocabulaire, étant donné son influence morale et revendicatrice désastreuse ».

III. — LE VENT D'OBUS

Parce que les auteurs sentaient le besoin de spécifier l'agent qui produit la commotion de guerre, ils ont été naturellement portés à schématiser un traumatisme aussi complexe qu'un éclatement d'obus à proximité.

Dédaignant les vulgaires contusions par rondins, fusils, pierres, éclats, on s'est acharné à établir la réalité des lésions produites par le vent d'obus.

Il semblait que l'on devait trouver là un point d'appui précieux pour édifier le nouveau type clinique.

Ce problème est fort intéressant. Au siècle dernier, les chirurgiens discutèrent longtemps sur les troubles dûs « au vent du boulet ». Pareil fait s'est reproduit dans cette guerre, mais cette fois ce sont les neurologistes qui étaient en désaccord à propos du vent de l'obus.

Nous ne reviendrons pas sur le fait un peu paradoxal de la confusion qui s'est établie entre les troubles dûs à un éclatement d'obus et la question de savoir si, à lui seul, le vent de l'explosion est agent pathogène.

Quel est l'état actuel de ce petit problème étiologique.

Le vent d'obus agit-il sur l'organisme?

Comment agit-il?

Tels sont les deux questions qu'on trouve implicitement, mais non clairement posées dans la littérature des commotionnés.

*
* *

Le vent d'obus à lui seul est-il capable de déterminer des troubles?

Deux méthodes peuvent répondre : la clinique et l'expérimentation.

L'observation clinique traita d'abord la question d'un peu haut, avec un *à priori* manifeste. Le vent d'obus était jugé seul en question et l'on se contentait de signaler que les blessés n'avaient « pas de plaies extérieures » C'est le temps des publications de « commotion par éclatement de projectiles sans plaie extérieure ».

Bien vite on voulut préciser; mais la recherche des ecchymoses contusionnelles n'était pas possible des semaines ou des mois après l'accident; les commémoratifs entraient seuls en ligne de compte. On élimina tous les cas où il y avait eu chute.

Or le nombre des observations de commotion par éclatement d'obus sans plaie extérieure, sans contusion, sans projection, sans chute, est fort minime.

On possède actuellement 6 cas où le détail des circonstances accidentelles permet d'affirmer que le vent d'obus est absolument seul en cause :

C'est le cas de Babinski de juin 1915 où le sujet a été frappé de paraplégie alors qu'il était couché sur le terrain, sans avoir été ni projeté ni déplacé par l'explosion.

Le Professeur Pierre-Marie et Chatelin ont publié le 29 juillet 1915, un cas de monoplégie flasque du membre inférieur avec troubles de sensibilité et de vasomotricité. Le vent d'obus pouvait seul être incriminé.

A la même date, Froment a décrit un cas de paraplégie avec troubles des réflexes survenu dans les mêmes conditions.

Enfin Léri en a recueilli 4 cas, l'un avec Froment et Malar, 29 juillet 1915 (amyotrophie généralisée) et trois autres qu'il a publiés seul, 28 janvier 1916 (épilepsie jacksonnienne); 26 mai 1916 (hémorragie de la couche optique); 28 décembre 1917 (aphasie motrice et épilepsie jacksonnienne).

Il ne faudrait pas croire que les cas de lésions par vent d'obus soient aussi exceptionnels. Ce qui est rare c'est la coïncidence d'un cas de lésions qui ne se soient pas accompagnées de chute, ni de perte de connaissance et qui ait été observé.

Ces publications permettent d'affirmer que le vent d'obus est un agent pathogène.

L'expérimentation est intervenue pour confirmer ces dires. Ce sont les travaux de Mairet et Durante (16 août 1917), de Mairet (fin 1917), de Gautrelet, etc.

*
* *

Comment agit le vent d'obus?

Cette seconde question n'a pas encore été posée dans toute son ampleur. Les chapitres de pathogénie des états commotionnels se proposent tous de résoudre des cas particuliers.

Le vent d'obus peut-il traverser les tissus? Assurément non. Il ne peut pas aller agir directement sur les humeurs, sur le sang. La théorie de la décompression a été rapidement mise de côté et c'est justice. Il n'y a pas là de surpression antérieure; il s'agit d'accidents instantanés, et enfin et surtout s'il y a des zones de décompression à la périphérie d'un éclatement, on ne voit pas bien ce qu'elles feraient sur la peau. En supposant que le concours de circonstances soit tel que le sujet inspire à ce moment, le temps de décompression est si bref qu'il est pratiquement nul.

Le vent d'obus agira donc extérieurement; il ne pénètrera pas l'organisme. C'est un agent contondant à action mécanique.

On peut imaginer trois variétés d'action mécanique produites par le vent d'obus :

Il contusionne;

Il aplatit, il écrase;

Il secoue.

Les contusions dues au vent d'obus sont connues. C'est la sensation de « tape » dans les reins accusée par un certain nombre de paraplégiques. C'est le cas si typique de Pachantoni. Dans une attaque, un officier a tout d'un coup l'impression d'avoir reçu un formidable coup de marteau sur la joue et l'œil gauche et d'avoir le bras arraché. Il tombe sur les genoux mais ne perd pas connaissance. Aucune explosion ne s'est produite à côté de lui. Aucun de ses soldats n'a été touché. Il saigne du nez et de la bouche, mais ne se trouve aucune blessure. Son œil gauche est fermé, et sa joue

tiraillée comme par une main invisible. Bref, lésions des II, III, V, VII, IX, X, XI et XII paires crâniennes. Et Pachantoni conclut que la cause de ces lésions multiples ne peut être que le vent d'obus. Le sujet a reçu d'un côté de la face et du cou le choc des ondes aériennes mises en mouvement par le passage de l'obus près de sa tête. Leur effet n'a pas été assez fort pour léser les tissus résistants de la peau, mais le projectile a pu, à travers les téguments, exercer son influence sur le tissu nerveux plus délicat et plus sensible (avril 1917).

Le vent d'obus et même le « vent du boulet » est donc un agent contusionnant.

Mais le traumatisme contondant atteignant le crâne peut ne pas se borner à un effet local. Le coup de vent comme le coup de bâton sur le crâne peut amener le coma. C'est là proprement l'action commotionnelle, l'ébranlement transmis à distance.

Cette commotion, au sens classique du mot n'est pas le propre des traumatismes contondants crânio-vertébraux. On peut la concevoir aussi dans le second mode d'action du vent d'obus : l'aplatissement, l'écrasement.

Que le vent d'obus puisse déformer la boîte crânienne, ceci est d'observation banale : ce sont les cas de mort subite avec céphalhématome. La déformation peut aussi atteindre d'autres parties du corps. C'est le cas des sujets signalés par Lépine qui ont ressenti un violent coup dans l'abdomen, un enfoncement de la paroi abdominale. Lépine échafaude même là-dessus sa théorie du coup de bélier circulatoire, admise par Marage

(14 janvier 1918). De toute façon, il y a ébranlement transmis, de la paroi crânienne au cerveau et, à l'intérieur du cerveau, de proche en proche — ou bien ébranlement circulatoire distendant les veines sur son passage, lésant les tissus avoisinants et agissant plus qu'ailleurs dans la boîte crânienne non extensible.

On peut concevoir un troisième mode d'action du vent d'obus : c'est la secousse de tout l'organisme. Quand le sujet est lancé brusquement et arrêté de même, certains viscères du fait de leur masse viennent s'écraser sur les parois avoisinantes. Et là encore la contusion s'accompagne tout naturellement de commotion.

Mais les effets du vent d'obus sont-ils uniquement mécaniques?

Evidemment non. Il faut tenir compte des sensations qu'ils engendrent. Quand nous faisons un faux-pas, tout notre corps est ébranlé, et bientôt nous nous sentons parcouru par un frisson dont la lenteur révèle la nature sympathique.

Pourquoi refuser à la secousse du vent d'obus pareille action?

C'est là, dégagée de tout l'appareil d'électricité et de tout le poids d'un mot suranné, la théorie qu'exposaient Sollier et Chartier le 25 octobre 1915 : A la périphérie d'un éclatement il y a 3 zones; la dernière est celle des vibrations. Ces vibrations se rapprochent de l'ordre des vibrations électriques. Elles engendrent des troubles qu'on pourrait appeler l'hystérie brute, élémentaire. La commotion d'obus montre ainsi que l'hystérie peut être provoquée d'emblée par des causes purement physiques ».

Disons tout bonnement que l'éclatement d'obus donne une secousse, que cette secousse produit une sensation cœnesthésique à laquelle tout le monde donne le nom d'émotion.

Et voilà comment le vent d'obus émotionne.

Comme on ne conteste plus l'existence de lésions d'origine émotionnelle, cette action sensible du vent d'obus opposée à l'action mécanique ne peut plus être qualifiée de trouble inorganique.

De sorte qu'on arriverait à dire que le vent d'obus commotionne ou émotionne selon qu'il atteint l'axe cérébro-spinal ou le système sympathique.

Ne serait-ce pas là justement l'unité de ce fameux syndrome commotionnel ? Du tout, car elle serait purement hypothétique. Il ne vient à l'idée de personne de réunir sous un même vocable une fracture de cuisse, une commotion cérébrale et un délire onirique sous prétexte que ces troubles ont eu un point de départ commun, un accident d'automobile, par exemple. Ainsi en est-il du vent d'obus dont les multiples actions doivent être diagnostiquées séparément.

La conclusion de cette recherche sur les troubles que peut causer le vent d'obus ne fournit donc pas un argument suffisant pour l'établissement d'un type nosographique nouveau.

Le vent d'obus est un agent contondant qui se rencontre rarement et son action n'a rien de bien spécifique.

IV. — DE L'ENCÉPHALOPATHIE POST-COMMOTIONNELLE TYPE JOANNY-ROUX

La guerre a-t-elle permis de confirmer l'existence de l'encéphalopathie post-commotionnelle de Joanny-Roux?

En 1913, paraissait le petit livre de Joanny-Roux sur les névroses traumatiques. On y trouvait décrit un nouveau type morbide : les encéphalopathies consécutives à la commotion cérébrale. Il s'agissait d'un tableau purement psychiatrique reposant sur des lésions microscopiques, des glissements d'éléments nerveux, des ruptures des prolongements cellulaires, des foyers d'ischémie. Ces lésions sont mécaniques et surtout réactionnelles ; les secondes extrêmement précoces.

C'est bien voisin du syndrome commotionnel que l'on trouve dans les publications de guerre, semble-t-il.

Il y a pourtant deux différences capitales :

1° Joanny-Roux n'a nullement la prétention d'y réunir tous les accidents consécutifs au coma traumatique, même pas de répondre à la majorité des cas. Il décrit un tableau bien homogène qui n'épuise pas le chapitre des suites des commotions cérébrales.

2° Il s'agit d'un tableau purement psychiatrique, les éléments neurologiques sont hors de cause. Tout l'intérêt

ne porte pas sur la distinction entre émotionnés et commotionnés, mais sur les rapports entre l'inertie et la confusion mentale et la neurasthénie.

Après une période de coma classique, le blessé présente une phase de lésions primaires, de méditation où la céphalée, la courbature généralisée intense et une sorte d'abrutissement sont les seuls symptômes observables.

En quelques jours ou quelques semaines, le sujet que l'on qualifierait volontiers de neurasthénique réalise le tableau de la période d'état avec les trois signes cardinaux :

Inertie mentale.

Céphalée.

Eblouissements.

1. — Les troubles intellectuels ne sont pas bruyants, mais très importants.

Au degré le plus bas, c'est un simple engourdissement de la pensée qui fait que le blessé paraît un peu ahuri, fait attendre ses réponses, non pas qu'il les cherche, mais parce que la compréhension de la question est lente. Loin de s'étendre complaisamment sur ses souffrances, comme le fait le neurasthénique, il faut le pousser, lui poser des questions précises et alors se révèlent un grand nombre de malaises, que sans cela, il n'aurait pas accusés... Il n'y a pas de confusion dans les idées, la mémoire est simplement paresseuse ; tout travail intellectuel est à peu près impossible : dites-lui de vous exposer par écrit ses souffrances, il reviendra en disant qu'il n'a pas pu. De tels blessés se

font toujours accompagner par leur femme, parce qu'ils ont concience de leur impuissance cérébrale. Ils lui cèdent volontiers la parole, et alors celle-ci explique que son mari est tout changé, qu'il a perdu ses facultés et surtout qu'il a changé de caractère : il est devenu, dit-elle, acariâtre, grincheux, ne supportant rien, s'emportant contre elle, contre ses enfants, se livant même parfois à des violences. Dans la grande majorité des cas, les troubles se bornent là.

A un degré plus élevé, c'est la torpeur, l'hébêtement, l'imprécision des souvenirs, la confusion des dates, toujours avec une très grande irritabilité.

Enfin, dans de rares cas plus graves encore, on entre dans l'aliénation mentale. C'est un engourdissement de toutes les facultés qui simule la démence, du semi-délire surtout nocturne, avec actes presque incohérents. Ces malade peuvent très facilement être pris pour des déments paralytiques.

Dans certains cas assez rares, on observe un symptôme très caractéristique : l'amnésie traumatique. Quand le malade sort du coma, il regarde autour de lui tout étonné, ne se rappelant ni l'accident, ni les faits qui l'ont précédé. Cette amnésie s'étend sur une période de temps variable, quelques minutes, plusieurs mois, parfois des années. Cette amnésie rétrograde est absolue, alors que la mémoire est intacte pour les connaissances acquises antérieurement. Tantôt la lacune s'arrête là, et les faits nouveaux se fixent normalement, tantôt les faits nouveaux ne sont plus enregistrés : il y a amnésie rétro-antérograde.

Cette forme d'amnésie n'appartient pas en propre au traumatisme, mais lorsqu'elle reconnaît cette étiologie, on peut la considérer comme assez caractéristique de la commotion cérébro-spinale. Il est peu probable que l'émotion seule puisse lui donner naissance, comme l'ont soutenu Benoit (1899) et Lacombe, (1903). L'hystérie peut la simuler; elle n'appartient ni à la neurasthénie, ni à la sinistrose.

D'autres troubles intellectuels encore peuvent se voir, mais alors la commotion cérébro-spinale ne joue qu'un rôle étiologique secondaire. C'est la confusion mentale, le délire onirique plus ou moins hallucinatoire des grands traumatisés, éthyliques, scléreux et auto-intoxiqués, ou infectés. C'est la paralysie générale, etc...

Il y a de plus des modifications du caractère, un état émotif dépressif, fait de compréhension de leur déchéance, d'angoisse pour l'avenir, de découragement traversé d'accès d'irritation, de mouvements de colère impuissante. Leur état mental les rapproche des malades qui sont fortement touchés d'une lésion organique : tumeur, syphilis.

II. — La céphalée est continue, gravative, occupant tout le crâne, donnant au malade la sensation que sa tête va éclater. Elle s'apaise un peu au repos complet. Elle est exagérée par tout ce qui tend à congestionner l'extrémité céphalique : effort, repas abondant, alcool, action de se baisser, d'aller à la selle, bruit, travail intellectuel.

En dehors de cette douleur diffuse, lorsque le traumatisme a été localisé, il y a presque toujours un point douloureux, là où elle a porté. Cette souffrance est spon-

tanée et provoquée. La pression détermine une douleur extrêmement vive qui se traduit par le geste instinctif de fuir le doigt de l'observateur. Il y a hypéresthésie des téguments; le frôlement des cheveux suffit à réveiller la douleur.

III. — Les étourdissements sont constitués par une exacerbation momentanée des symptômes précédents. Tout à coup la céphalée se fait insupportable, les idées deviennent confuses, la vue se brouille, le malade est obligé de s'appuyer à un meuble ou de s'asseoir, il pâlit, balbutie, porte les mains à sa tête. Au bout d'un temps, qui varie de quelques minutes à un quart d'heure, tout rentre dans l'ordre. Ces étourdissements s'accompagnent parfois de bourdonnements d'oreilles, d'un certain degré de déséquilibration, avec quelques rares chutes, de sorte que si on peut les différencier habituellement du vertige labyrinthique, d'autres fois il n'est pas impossible que la commotion de l'oreille interne joue un rôle dans leur production.

Aux trois symptômes cardinaux s'ajoutent souvent d'autres troubles fonctionnels :

1° L'insomnie est habituelle, causée surtout par la céphalée. Le sommeil est coupé de cauchemars et de réveils angoissants, avec parfois une idée fixe onirique.

2° Le blessé accuse une perte générale des forces, parfois prédominante d'un côté; ce qui a une grosse importance, s'il s'y ajoute des signes somatiques unilatéraux.

3° Les signes somatiques sont très inconstants, très variables d'un sujet à l'autre, suivant très probablement la localisation maxima des lésions en un point ou en un

autre. La marche est souvent hésitante, presque titubante, d'allure un peu spasmodique, les jambes écartées. La station debout montre une instabilité motrice non augmentée par l'occlusion des yeux. Les réflexes tendineux sont très variables. Lorsqu'ils sont altérés, il faut le plus souvent distinguer deux périodes : une première, de diminution; une seconde; d'exagération. On peut observer l'inégalité des réflexes, de la trépidation épileptoïde, le signe de Babinski. En somme, le plus souvent, rien de net, rien de précis; des modifications dont on n'est pas sûr, qui donnent cependant l'impression de quelque chose d'organique.

4° Une ébauche de Kœrnig, et un hypertonus net dans la recherche du signe de Lasègue. Le tonus musculaire n'est jamais diminué.

5° Pas de symptôme oculaire, quoique certains auteurs aient signalé de l'inégalité pupillaire, des paralysies oculaires et même de l'atrophie optique.

6° L'épilepsie jaksonnienne ou généralisée s'observe assez souvent. Si la première est symptomatique d'un foyer de contusion cérébrale, la seconde peut ne se distinguer en rien de l'épilepsie dite idiopathique et aboutir rapidement à un état de demi-démence.

7° Les résultats de la ponction lombaire sont constants : il n'y a jamais de lymphocytose, ni d'hyperalbuminose.

Un grand nombre de ces malades peuvent guérir, même après un temps assez long (plus de deux ans). La guérison peut n'être pas absolue. Il peut persister tantôt un simple changement de caractère, tantôt une

légère diminution des facultés, tantôt des troubles du sens moral; souvent une tendance aux céphalées, aux congestions encéphaliques qui fait de ces traumatisés des « cérébraux » pour le reste de leur existence.

Ceux qui ne guérissent pas, présentent un état stationnaire, restent des amoindris à tous points de vue, voués à une complication cérébrale ou à une sénilité prématurée. Ou bien, l'évolution est progressive, — ceci dans des cas plus rares, — et elle aboutit rapidement à un état voisin de la démence, conduisant les malades dans un asile. Ils offrent alors de grandes ressemblances avec les déments paralytiques, mais la démence n'y atteint pas le haut degré qu'elle a dans la paralysie générale. On ne trouve jamais les symptômes somatiques de la P. G.

Joanny-Roux décrit donc un type psychiatrique, qu'il isole de l'hystérie traumatique et de la neurasthénie traumatique. Voyons si ce tableau peut se rencontrer dans le groupe des « commotionnés ».

Bonhomme et Normand, le 17 Juillet 1916, déclarent l'avoir observé dans les cas de troubles psycho-nerveux, consécutifs aux explosions d'obus, aux grosses commotions par torpilles, aux explosions de mines.

Ils étudient les trois symptômes constants :

1° Troubles du caractère : irritabilité, accès subits de violence, impressionnabilité à propos de tout, crises de larmes à propos d'une personne qui leur est chère, tristesse, perte de tout entrain, timidité, tendance à l'isolement, dépression qui peut aller jusqu'à la mélancolie.

2° Le déficit intellectuel : ralentissement de l'idéation, qui est par moments incohérente. « Ce n'est pas à proprement parler de l'obnubilation, ce n'est plus, naturellement, la phase confusionnelle du début, mais une diminution considérable de l'activité cérébrale, sensible dans tous les actes de la vie. Le commotionné ne peut soutenir une conversation; il faut lui arracher pour ainsi dire chaque phrase par des questions, auxquelles il répond de plus en plus lentement . Les malades sentent parfaitement qu'ils ne peuvent plus reprendre leurs occupations, et ces constatations peuvent être le point de départ d'idées de suicide. Il y a non seulement amnésie lacunaire de l'accident, mais souvent amnésie continue, empêchant le malade d'acquérir à nouveau aucune notion, l'obligeant à tout noter par écrit. Cette faiblesse de la mémoire de fixation est en rapport avec l'aprosexie étudiée par Chavigny, 23 Octobre 1915.

3° La céphalée qui ne manque jamais avec les caractères déjà décrits par Joanny-Roux, et qu'accompagnent les troubles du sommeil : insomnies fréquentes, sommeil agité, cauchemars de guerre, réveils en sursaut.

Les vertiges ou étourdissements sont une sensation vertigineuse ou des éblouissements fugitifs ou une marche titubante; parfois des chutes.

La perte de toute résistance à la fatigue physique ou intellectuelle, la demi-frigidité sexuelle, l'horreur du bruit complètent ce syndrome subjectif.

Bonhomme et Normand signalent comme troubles

secondaires variables, fugaces : de la rachialgie, une ébauche de Kœrnig donnant au malade une attitude soudée, des troubles digestifs. L'étude des réflexes et de la fréquence du pouls ne donnent aucune indication précise. Les auteurs précisent que le nombre de ces malades est peu considérable. « Sur 361 malades soignés dans nos 3 pavillons du Service des confus à Maison-Blanche, nous en avons observé 34 ». Bonhomme et Normand ont donc vu parmi les « commotionnés » l'encéphalopathie type Joanny-Roux, mais ils sont les seuls à avoir formulé aussi nettement cette assimilation.

Cette encéphalopathie est-elle spéciale aux « commotionnés? » Très probablement pas. Voyons ce qui a été dit des « trépanés ».

Les séquelles subjectives des traumatismes crânio-vertébraux étaient déjà signalées par Auvray, en 1909 : céphalées, vertiges, éblouissements et fatigue rapide.

Dans le rapport du Professeur Pierre-Marie, à la séance de la Société de Neurologie des 6-7 avril 1916, sont exposés les troubles purement subjectifs consécutifs aux blessures du crâne.

Ils sont rangés en trois groupes : céphalée, éblouissements et changement d'humeur, émotivité extrême.

Il s'y ajoute de l'insomnie, des cauchemars, de l'incapacité du travail intellectuel ou même manuel, des troubles de la mémoire, surtout de la mémoire de fixation pour les actes récents, et des troubles vasomoteurs.

Le Professeur Grasset et ses élèves Villaret, Mignard,

Faure-Beaulieu, dans de nombreuses publications — en particulier 24 mai 1916, mai-juin 1916, mars 1918 — ont décrit les « symptômes atopiques à développement tardif dans les traumatismes crânio-cérébraux ».

Ce sont les « symptômes non localisateurs », qui se ramènent toujours à la céphalée, aux éblouissements, aux vertiges, aux crises jacksonniennes et comitialiformes et aux troubles psychiques; ces derniers consistent en inactivité, en torpeur, paresse mentale. Dans les cas légers, tout se borne à la somnolence, à la détente des traits, à la tendance à l'immobilité. Dans les cas plus accentués, on trouve de la lenteur de la parole et de l'action. Le sentiment et la tendance sont atteints d'une sorte d'engourdissement, mais ils ne sont pas supprimés. Le malade se préoccupe de sa situation, de celle de sa famille; il peut même avoir à ce sujet quelques idées mélancoliques. Il fuit la société et est irritable. Une certaine aboulie est habituelle. L'impulsivité paraît participer au ralentissement général. Mais l'asthénie du psychisme supérieur rend son inhibition pénible. L'attention volontaire est habituellement au repos à cause de la fatigue rapide, des céphalées, des éblouissements. L'attention spontanée tend à s'immobiliser dans la torpeur. La fuite des idées est rare; l'idée fixe, obsédante, plus fréquente; elle est presque toujours dominée mais non sans un effort douloureux. L'imagination conservée s'exerce peu et s'épuise très rapidement. Le plus grand nombre des sujets ont une lenteur de la compréhension et de l'idéation si frappante, qu'un examen superficiel ferait croire à un affai-

blissement réel du raisonnement ou de l'invention. La légère activité du psychisme inférieur se réalise sans grand obstacle dans les cauchemars et l'onirisme.

Il existe des amnésies lacunaires portant sur la période immédiatement consécutive au traumatisme et sur les bouffées de confusion mentale. La mémoire de fixation est très fréquemment défectueuse, l'évocation volontaire lente et pénible. La période de guerre est particulièrement oubliée.

Ce syndrome se présente en général sous une forme discrète; dans des cas assez rares, le malade a une apparence pseudo-démentielle, qui ne résiste pas à un examen plus approfondi.

Mignard signale de plus des formes plus réellement démentielles accompagnées de dysarthrie et de troubles pupillaires, qui seraient très probablement des méningo-encéphalites diffuses.

Cet auteur déclare que ce syndrome est tout à la fois à distinguer et à rapprocher de celui de Mairet et Piéron, qui est, dit-il, caractérisé au point de vue psychique par un état de confusion mentale, et à comparer à l'état psychique « des psycho-névrosiques de guerre » du Professeur Grasset, où l'attente émotionnelle est le symptôme capital.

Nous faisons remarquer qu'il ne semble pas que Mairet et Piéron admettent comme trouble essentiel dans leur syndrome la confusion mentale, alors qu'au contraire ils parlent d'inertie, insistent sur cette inertie « capable de simuler des troubles de confusion banale ». Ils n'admettent que quelques phénomènes

légers de confusion véritable. Mais le syndrome est si mal délimité qu'il ne faut y voir qu'une allusion lointaine, aux faits précis d'inertie mentale avec céphalée, éblouissements, triade consécutive à un coma traumatique.

Lortat-Jacob, Oppenheim et Tournay, fin 1916, mettent en relief « la similitude des troubles mentaux présentés par les commotionnés et les trépanés.

« Chez les uns comme chez les autres, s'observent avec une égale fréquence les troubles de l'émotion : tristesse, irritabilité, tendance à l'isolement, timidité, crises de larmes; — les troubles de l'intelligence : lenteur de l'idéation, difficulté de l'attention, inaptitude à tout travail cérébral, perturbations de la mémoire sous la forme d'amnésie lacunaire pour la période du traumatisme et d'amnésie de fixation pour les faits actuels; — le défaut de résistance enfin : asthénie physique et psychique, fatigabilité excessive, impossibilité de tout effort, qu'accompagne et que conditionne sans doute l'hypotension artérielle. Chez les commotionnés, surtout à la période rapprochée du traumatisme, vient souvent se superposer à ce syndrome, un état confusionnel plus ou moins intense, lequel fait généralement défaut chez les trépanés ou n'est chez eux qu'ébauché sous forme d'onirisme hallucinatoire, avec rêves professionnels de guerre. Cependant les réactions mentales sont à peu près les mêmes dans leur ensemble.

L'opinion de Lortat-Jacob est donc en faveur de l'existence d'un trouble psychique, distinct de la confusion mentale passagère, et le tableau qu'il décrit s'ap-

parente évidemment avec celui de Joanny-Roux.

Mac-Auliffe, le 24 novembre 1917, étudie l'état commotionnel chez les blessés du crâne et les trépanés, ce dont parlait déjà Lortat-Jacob.

Les signes de commotion cérébrale sont pour Mac-Auliffe les perturbations génitales, l'arythmie, la tachycardie ; un syndrome commotionnel oculaire (photophobie, sans blépharospasme, asthénopie accommodative, diminution de l'acuité visuelle) ; un syndrome de commotion labyrinthique (hypoacousie, déséquilibre aux épreuves statocinétiques, hyperexcitabilité vestibulaire, léger nystagmus spontané).

Les troubles mentaux traduisent l'hyperexcitabilité quand il s'agit d'irritabilité et d'émotivité, qui s'associent à l'hyperréflectivité généralisée. Mais il y a aussi des troubles inhibiteurs, torpeur intellectuelle, grande difficulté à répéter les mots d'épreuve, correspondant à l'affaiblissement général et aux troubles de la diadococinésie.

Français, en décembre 1917, étudie également les séquelles psychiques des blessés du crâne et des commotionnés. « Nous avons cru, dit-il, pouvoir dégager un syndrome mental particulier, d'après la méthode d'examen précise et rationnelle, préconisée par Gilbert Ballet et Génil Perrin, pour l'étude du fonds mental des déments ».

Après disparition des accidents consécutifs aux traumatismes, dans la presque généralité des cas, Français a constaté : une amnésie lacunaire, pour la période ayant suivi l'accident, — diminution et fatigue rapide

de l'attention soutenue, entraînant une dysmnésie de fixation plus ou moins marquée, lenteur des opérations psychiques et des associations d'idées, entraînant une dysmnésie d'évocation pour les faits anciens; conservation de l'affectivité, et exagération de l'émotivité; — humeur triste et dépression mentale; intégrité de jugement; absence habituelle de délire et de phénomènes psycho-sensoriels; céphalées, éblouissements, vertiges, et troubles labyrinthiques; asthénie physique, inertie et inactivité.

Enfin, Pitres et Marchand, le 16 mai 1918, reprennent les « séquelles subjectives du syndrome commotionnel chez les blessés crânio-cérébraux. Ils notent quatre symptômes : céphalées, vertiges, éblouissements, fatigabilité rapide physique et psychique. Ils y ajoutent les troubles de la mémoire, de l'hyperémotivité, les perturbations génitales, les crises épileptiformes, etc. Ils conçoivent bien ce syndrome comme lié à des lésions microscopiques, distinctes des lésions de contusion cérébrale auxquelles elles sont reliées par des transitions insensibles.

La question est donc jugée. L'encéphalopathie de Roux a été vue par un grand nombre d'auteurs chez les traumatisés crânio-cérébraux au cours de cette guerre. Elle a été décrite chez les porteurs de trépanation large, chez ceux qui n'ont qu'une simple encoche de la table externe ou une cicatrice de cuir chevelu comme chez ceux qui ne présentent aucune trace persistante de traumatisme crânien localisé. Ce syndrome : inertie, céphalée, éblouissements, est consécutif au coma.

Enfin ce type clinique psychiatrique repose sur des lésions organiques mal connues, mais infiniment probables, comme en témoignent de nombreux petits signes lésionnels, aussi variables que passagers.

Nous voilà très loin des vues d'ensemble, sur les « commotionnés », éliminant les trépanés, les porteurs de lésions en foyer, ajoutant des manifestations évidemment émotionnelles et discutant sur un accident initial sans arriver à définir s'il s'agissait ou non de coma. Les auteurs partisans d'un syndrome ou de plusieurs syndromes commotionnels voulaient établir un type neurologique avec quelques particularités mentales. Il est clair qu'ils ont échoué.

L'encéphalopathie post-commotionnelle de Joanny-Roux, décrite avant la guerre, a été rencontrée par les auteurs qui l'ont cherchée. On peut admettre aujourd'hui que son existence est démontrée.

*
* *

Mais ce nouveau type morbide soulève une question capitale. Il faut le rapprocher des groupes psychiatriques connus :

L'encéphalopathie post-commotionnelle de Joanny-Roux rentre-t-elle dans le cadre de la confusion mentale ou appartient-elle au contraire au groupe des démences? Il est difficile d'envisager d'autre alternative.

Voyons d'abord les rapports entre l'encéphalopathie, type Joanny-Roux et la confusion mentale.

Une première remarque s'impose : la confusion mentale aiguë, syndrome reposant sur des troubles d'auto-intoxication doit être mise absolument de côté.

Or, la majeure partie des études psychiatriques sur les « commotionnés » parle des épisodes de confusion mentale aiguë.

Mallet le 3 décembre 1915, 28 janvier 1916, janvier 1917, étudie la confusion mentale onirique chez le combattant.

Les thèses de Vacher et de Renaux de 1915 traitent également de la confusion mentale aiguë ou subaiguë.

Charon, en juin 1915, déclarait qu'après 8 mois d'observation, la psychopathie confusionnelle sous ses formes simple, délirante, hallucinatoire et méningitique, lui semblaient être la maladie psychique la plus fréquente chez le combattant.

Chavigny, le 1er juillet et le 25 octobre 1915, le 1er janvier 1916, parle encore des cas aigus, quand il écrit qu'à la suite des grandes explosions deux formes de troubles mentaux ont pris une fréquence telle que les autres manifestations sont devenues exceptionnelles : Uniformément on a affaire, soit à la confusion mentale soit au délire onirique. »

Leroy, le 6-7 avril 1916, parle également de la confusion mentale typique. Dumas, à propos de cas vus à l'ambulance (6 avril 1916, janvier 1917), recherche la proportion des confus par rapport aux commotionnés.

Toutes ces publications n'entrent donc pas en ligne de compte dans la question des rapports entre l'encépha-

lopathie type Joanny-Roux, et la confusion mentale, puisque nul ne dénie à ces Inertes le droit de faire des bouffées confusionnelles.

Cependant on peut objecter que le diagnostic entre ces deux formes n'est pas toujours évident.

Duprat, par exemple, le 13 avril 1918, rappelait combien la confusion mentale aiguë peut être aisément confondue avec la dépression mélancolique et certains cas de démence.

Il suffit de s'en tenir à la définition même du syndrome : altération de l'activité psychique supérieure, comme dit Régis; trouble de la claire conscience par faiblesse de l'attention analytique et sélective, due à une fatigue centrale, comme dit Duprat.

Et ainsi, en usant d'une analyse quelque peu approfondie, on verra bien si le sujet perçoit les objets nettement ou non; est ou non sujet à l'illusion; a conscience de ses erreurs, etc.

L'évolution, d'autre part, vient confirmer cette distinction, lorsqu'on se rappelle combien la confusion mentale est liée à la fatigue.

Lépine faisait remarquer que la confusion mentale simple, mélange de signes physiques et de signes psychiques, se rapproche de l'état de fatigue, poussé à un degré extrême.

Mallet (3 décembre 1915), faisait remarquer que dans le mécanisme du syndrome confusionnel, entre un certain degré d'éréthisme sensoriel, d'exaltation de l'automatisme psychique; ce qui est prouvé par la fréquence du rêve chez le combattant.

Tout ceci concorde bien pour faire de la confusion

mentale aiguë un trouble essentiellement passager, lié à des modifications fonctionnelles.

La distinction ne saurait donc être plus tranchée entre l'encéphalopathie type Joanny-Roux, et la confusion mentale aiguë.

Avec la confusion mentale chronique, la séparation est autrement difficile.

Il est à remarquer qu'aucun auteur ne l'a encore tentée. Mais cependant la question ne saurait être éludée. Ouvertement ou non, les auteurs admettent que les troubles chroniques qui nous occupent, se ramènent à la confusion mentale chronique; ou bien ils estiment qu'il s'agit d'un syndrome différent.

Gilbert-Ballet (1er janvier 1916) met bien à part la période de confusion mentale : « C'est à cette période de la maladie, que convient le nom de confusion mentale, mais à cette période seulement, car l'orage calmé, au moins dans la grande majorité des cas, le malade cesse d'être un confus et n'est plus qu'un déprimé ou si l'on préfère, un psychasthénique. »

Quant à la période de troubles d'allure subaiguë, avec les trois altérations psychiques fondamentales, inhibition, hyperémotivité, suractivité imaginative, il se contente de la qualifier de délire émotionnel et de la distinguer des états psychasthéniques.

Charon et Halberstadt (7 juillet 1917) parlant de l'état mental des anciens commotionnés, déclarent : « Les phénomènes confusionnels ne sont pas rigoureusement les mêmes que ceux de la confusion mentale classique; ils rentrent plutôt dans le cadre de la confusion subaiguë,

sorte de torpeur cérébrale, qui peut durer longtemps, qui peut prendre une forme rémittente et qui reste en bordure de la clinique psychiatrique noyée dans la mer montante des neurasthénies et des psychasthéniques ». Et les auteurs signalent « la possibilité d'un affaiblissement psychique post-commotionnel, spécial et durable ». De sorte qu'ils concluent avec quelque malaise : « En fait, nous estimons que les troubles psychiques des anciens commotionnés rentrent dans le grand cadre de la confusion, tout en constituant dans ce cadre, un groupe quelque peu autonome. Ces troubles consistent en hyperémotivité et subconfusion, avec possibilité d'un affaiblissement intellectuel durable et peut-être définitif. »

Lépine, en 1917, parle bien de confusion mentale chronique post-commotionnelle, mais sans rien préciser.

Léri, en 1918, dira bien que « les commotionnés vrais ne sont pas en règle très générale des confus vrais au sens psychiatrique du mot », mais il ne développera pas ce point de vue.

Au total, il vient ceci : Un certain nombre d'auteurs parlent de troubles confusionnels chez d'anciens « commotionnés », sans affirmer qu'il s'agit de confusion mentale chronique, en indiquant le plus souvent que cet état n'est pas de la vraie confusion mentale. Et inversement, d'autres auteurs à la suite de Joanny-Roux affirment qu'il y a là un type psychiatrique spécial, qui n'est pas de la confusion mentale.

Français, en décembre 1917, formule cette conception d'une façon tranchée : les séquelles psychiques des

Blessés du crâne et des Commotionnés, répondent à une formule que « semble caractériser un affaiblissement intellectuel, électif et non global, portant sur la mémoire, l'attention, l'association des idées ».

Il ajoute qu'il considère cet état comme définitif.

On pourra dire que pratiquement le départ entre cet affaiblissement psychique et la confusion mentale chronique n'est pas aisé, que chez l'un comme chez l'autre, il y a de la diminution manifeste de l'attention, de la lenteur des processus psychiques, de la dysmnésie d'évocation et de fixation, mais on répondra que c'est là le problème encore si obscur des rapports entre la confusion mentale chronique, la démence et les différentes démences entre elles.

Quant aux rapports entre l'encéphalopathie type Joanny-Roux et la démence, ils se ramènent à différents problèmes que nous ne pouvons que signaler, vu la confusion extrême qui les couvre.

C'est le problème des rapports entre les suites d'une commotion et la paralysie générale, la question de la paralysie générale traumatique.

A condition de s'en tenir aux signes somatiques cardinaux, on pourra toujours reconnaître la paralysie générale, que d'ailleurs la mégalomanie, l'euphorie, l'empressement niais caractérisent dans la majorité des cas, et avant de revenir à la notion ancienne de paralysie générale non syphilitique, il faudrait des faits absolument probants. Tant qu'ils font défaut, la réaction de Wassermann, juge en dernier ressort.

C'est aussi le problème des rapports entre l'encépha-

lopathie type Joanny-Roux et les psychoses hébéphrénique et catatonique. Dupouy 25 octobre 1915, Leroy 1916, Lépine 1916, pensent avoir observé des cas de « démence précoce post-commotionnelle ». Mais Léri conclut que beaucoup de ces syndromes : catatonie, maniérisme, stéréotypie, ont eu une évolution rapide, et rien de définitif ne saurait être formulé.

Nous pouvons donc conclure que l'encéphalopathie type Joanny-Roux, consiste en un affaiblissement intellectuel qu'un examen approfondi peut séparer de la confusion mentale aiguë et qui par sa nature doit être rangé dans les troubles démentiels.

* * *

Arrivés au terme de notre revision de la littérature des commotionnés de guerre, nous n'avons pas trouvé une description univoque et admise par la majorité des auteurs.

Nous avons reconnu chemin faisant que le vent du boulet est un agent traumatique, — que le type clinique : inertie mentale, céphalée, vomissement, est parfaitement spécifié et a été retrouvé au cours des dernières études — que les violentes explosions avec projections et contusions de toutes sortes pouvaient déterminer des lésions nerveuses localisées essentiellement variables selon les points d'application. Nous avons vu ou indiqué le développement de certaines études telles celles de la glycorachie, du vertige voltaïque, du nystagmus calorique.

Ce sont là de nombreux résultats fort précieux acquis par la neuropsychiatrie de guerre.

DEUXIÈME PARTIE

Etude clinique d'un lot de Militaires évacués du Front pour éclatement d'obus à proximité.

I. — MÉTHODE D'EXAMEN.

Nous avons étudié pendant près de deux ans les « Commotionnés » qui ont passé dans un des Centres de Neuropsychiatrie de l'Intérieur. Des nombreux cas qu'il nous a été donné d'observer, nous avons tiré 79 observations qui nous ont paru typiques à divers points de vue.

Ces 79 cas comprennent :

27 sujets âgés de 25 ans au moins.

39 sujets, de 26 à 35 ans.

13 sujets âgés de plus de 35 ans.

Pour 25 cultivateurs, il y a 35 ouvriers et 10 employés. Les professions libérales ne sont représentées que par 9 sujets.

Il s'agit uniquement de sous-officiers et de soldats.

*
* *

Nous avons pratiqué quatre séries d'examens :

1° Interrogatoire.

2° Examen clinique.

3° Examens de laboratoire.

4° Examen psychiatrique.

1° L'interrogatoire portant sur les circonstances de l'accident a été aussi complet que possible :

Lieu, date, heure, en terrain découvert ou non, attitude de l'homme au moment de la blessure, fatigues ou émotions antérieures.

Nous avons insisté sur les sensations ressenties au moment même : a-t-il entendu le sifflement de l'obus ? a-t-il vu la torpille en l'air? a-t-il vu la flamme d'éclatement. Rares sont les sujets qui nous ont accusé la sensation de « tape » au niveau des reins ou du thorax. Pas un seul ne nous a raconté « la sensation de coup de poing dans le ventre » sur laquelle Lépine a basé sa théorie du coup de bélier circulatoire.

Dans les ensevelissements nous avons distingué les cas où le sujet a dû être dégagé par les camarades et ceux où l'homme a été seulement saupoudré de terre ou légèrement recouvert.

Nous avons tâché de démêler si l'homme parlait d'un évanouissement passager ou d'une perte de connaissance de plusieurs jours. Certains même invoquaient leur sommeil anesthésique à l'ambulance.

Un contrôle attentif nous a permis parfois de constater que l'homme ne racontait pas ses souvenirs de l'accident mais ceux qu'il avait des récits entendus postérieurement. Les détails de l'équipement, de la vie de l'escouade sont utiles à ce point de vue.

Nous avons recherché les limites de l'amnésie lacunaire et de l'amnésie rétrograde et longuement questionné sur les hospitalisations successives.

Nous ne nous sommes pas leurré sur la valeur de ces

renseignements fournis par l'intéressé car bien souvent les questions dépassent les limites de la mémoire de sujets peu cultivés ou totalement incultes. Pour eux, tout est pareil dans leurs deux, trois ou quatre années de guerre. Les frontières de la dysmnésie pathologique sont bien difficiles à préciser.

Les dossiers ne fournissent pas souvent, par malheur, de renseignements circonstanciés. Ils donnent cependant un cachet d'authenticité au récit du blessé.

L'étude des troubles subjectifs a été aussi complète que possible.

Céphalées? Siège précis? A quel moment du jour? Exaspérées par?

Vomissements? Nausées? En rapport ou non avec les céphalées?

Souffrance au soleil? Au bruit? Aux claquements de porte? Aux conversations bruyantes? Eblouissements? Sensations giratoires? Bourdonnements d'oreilles?

Asthénie? Sensation de fatigue habituelle? Plus marquée à certains moments? Fatigue réelle révélée par l'absence de sorties en ville, la brièveté des promenades? Troubles du sommeil? Insomnies? Cauchemars guerriers ou autres? Sursauts? Cris? Passage à l'onirisme le soir? Y croit-il? Somnambulisme?

A ce propos, nous disons combien nous refusons tout caractère pathologique aux cauchemars guerriers qui existent chez tous les blessés évacués du Front au cours d'une bataille. Notre expérience personnelle et les dires unanimes des blessés ne voient là que de la fatigue.

Émotivité? Peurs nocturnes? Irascibilité? Palpita-

tions? Bouffées de chaleur? Anorexie? Douleurs rachidiennes, cervicales ou articulaires? Inappétence sexuelle!

Un point qui nous a paru important est de savoir comment il jugeait son état, sa situation militaire, l'état de sa famille, sa conduite au Front. Si on le renvoyait au Front, qu'en penserait-il? Que fera-t-il à l'avenir comme métier? Souffre-t-il? Est-il inquiet? A-t-il de petits oublis dans la vie courante? Écrit-il régulièrement à sa famille?

Nous avons recherché presque toujours les stigmates de l'éthylisme. Il est souvent bien difficile de faire le départ entre les cauchemars éthyliques et les cauchemars guerriers. Nous avons insisté sur les précipices, les incendies, les émeutes, les grandes blessures qui peuplent les rêves cinématographiques du buveur, où il joue lui-même sa partie, sur les rats, les serpents, les grands cercles noirs du plafond. Nous nous sommes souvent appuyé sur de petits symptômes comme le sans-gêne et surtout « le geste large » du discoureur imprégné.

Les textes des citations à l'ordre du régiment, de la division, etc., nous ont paru constitué de précieux témoignages de la déchéance du courage guerrier.

2° L'examen clinique somatique a été pratiqué complètement chez tous les malades, examen viscéral et neurologique.

Nous n'avons accepté comme cas d'inégalité des réflexes rotuliens que ceux où l'épreuve a été positive dans quatre attitudes différentes :

Couchée, les genoux soulevés par l'avant-bras gauche du médecin;

Assise le dos appuyé, les pieds pendants;

Assise dans la même position, mais le bord du lit aux jarrets;

Assise, les pieds reposant à plat sur le sol, la jambe formant avec la cuisse un angle d'une centaine de degrés. On peut ainsi comparer l'avancement de chaque pied.

Nous avons pris soin de ne pas considérer comme signe de Babinski vrai, les mouvements de défense d'extension des orteils accompagnés de retrait de tout le membre. Nous avons exigé la lente extension complète avec au moins ébauche du signe de l'éventail et de la contraction du tenseur du fascia lata.

Nous avons toujours recherché la réflectivité musculaire, le myo-œdème ou la contraction fasciculaire, l'hypotonie ou la rigidité.

L'examen de la souplesse de la colonne vertébrale, en particulier de la région de la nuque, nous a paru donner des résultats intéressants; au point que nous qualifions volontiers tout un groupe de contusionnés de la nuque.

La limitation des mouvements, l'attitude anormale de la tête, la douleur spontanée et surtout provoquée ne s'accompagnaient pas de lésions visibles à la radiographie. Nos recherches radioscopiques ont été également négatives. Il est cependant probable que la nuque avait dû être traumatisée chez ces sujets.

C'est en appliquant la méthode de notre maître Babinski que nous avons recherché la sensibilité à tous ses modes : tactile, piqûre, thermique, cercles de Weber,

baresthésie. Après les examens corrects, nous avons souvent recherché la suggestibilité en questionnant le sujet sur ce qu'il sent dans des régions accessibles à son regard et en lui suggérant l'idée d'une différence entre les deux côtés du corps. Les vrais inertes mentaux ne s'embarrassent pas de ces suggestions.

Entre autres troubles vaso-moteurs et sudoraux, nous avons trouvé un curieux cas d'hyperhydrose localisé à un territoire nerveux très précis.

L'épreuve de Babinski-Weil ainsi que celle de Lian nous ont offert des points de comparaison très précis.

Les respirations ont été comptées.

Le nombre des clignements d'yeux à la minute, chez un sujet non prévenu, nous a paru un signe de valeur sur l'activité générale.

3° Les examens de laboratoire ont été faits le plus souvent possible.

58 formules sanguines ont donné des résultats importants ;

2 sujets seulement (3 p. 100) avaient une formule normale; tous deux venaient d'arriver au Front ; tous les autres présentaient de l'anémie, et comme les cas étaient extrêmement divers on peut avancer que le séjour prolongé au Front atteint l'organisme à ce point de vue. On peut même penser que bien des asthénies, des vertiges, des céphalées ont l'anémie, sinon pour cause provocatrice, du moins comme cause adjuvante.

Dans 43 cas (74 p. 100), l'anémie était modérée à 3.500.000 environ avec leucopénie et faible mononucléose.

Dans 13 cas (22 p. 100), elle était grave; le chiffre des globules rouges était inférieur à 3 millions.

Nous avons pratiqué 59 ponctions lombaires.

La formule cytologique était normale dans tous les cas.

Nous n'avons trouvé qu'une seule fois un liquide légèrement teinté en jaune.

Le taux d'albumine était normal dans 44 cas. Nous avons fait 17 dosages de sucre dans le liquide céphalo-rachidien. Des deux cas où l'hyperglycorachie dépassait un gramme, l'un était accompagné de troubles organiques indéniables, l'autre non.

Le Wassermann a été pratiqué sur tous les liquides de ponction lombaire et trouvé négatif, de façon à écarter une critique évidente.

L'hypertension mesurée avec l'appareil de Claude s'est montré fréquente (42 cas).

La recherche du réflexe oculo-cardiaque faite 40 fois, nous a paru bien illusoire chez des sujets dont le pouls varie constamment.

L'étude de la tension artérielle au sphygmo-manomètre de Pachon a été faite 65 fois.

Nous avons étudié 37 courbes thermiques prises en 15 jours et accompagnées de la courbe du pouls. Dans tous ces cas, nous avons fait prendre une courbe nycthémérale. Les résultats en paraissent insignifiants.

Enfin nous avons pratiqué une trentaine de vertige voltaïque et de nystagmus calorique (32 exactement) et fait examiner un certain nombre de fonds d'œil (23). Disons tout de suite que les résultats de tous ces examens de laboratoire nous ont paru bien secondaires.

4° L'examen psychiatrique comprenait les temps suivants :

Attention spontanée : attitude militaire au cours de l'examen, de la visite quotidienne, soin à éviter les obstacles au cours de l'examen, mobilité du regard, attention visuelle à la présentation brusque de figures géométriques très simples : un triangle, un rectangle, trois lignes parallèles.

Attention volontaire : exécution des commandements militaires, des commandements médicaux simples. Nous avons insisté sur le commandement compliqué. « Touchez votre oreille gauche avec le petit doigt de la main droite. » Nous avons toujours vu la concordance entre l'ensemble de l'examen et les résultats de cette petite épreuve : temps en secondes, nombre d'incitations nécessaires. Ceci joint à des épreuves d'immobilité permet de juger de la maîtrise motrice du sujet.

La recherche de la capacité stéréognosique (une boule ou un tétraèdre dans la main, les yeux fermés) a synthétisé pour nous l'étude de la maîtrise sensitive.

Nous avons examiné la maîtrise visuelle par la présentation brusque de figures géométriques un peu compliquées le nonagone, les 5 lignes parallèles.

Enfin l'épreuve des papiers que nous avons apprise chez notre cher maître Gilbert-Ballet nous a paru avoir une valeur capitale lorsqu'on tient compte des hésitations, des questionnements, des erreurs tout autant que du nombre de papiers que le sujet est capable de placer.

Nous avons restreint à quelques cas les épreuves d'attention comme celles des O barrés d'un texte anglais.

La plupart des sujets ne se prêtaient pas à cette recherche qui repose uniquement sur des souvenirs scolaires fort lointains. L'énumération des mois à l'envers a plus de valeur, pourvu que le sujet les sache couramment à l'endroit.

L'étude des souvenirs était réalisée en grande partie par l'interrogatoire sur les circonstances de l'accident.

Elle était complétée par les questions sur les notions courantes d'état-civil et les faits anciens de la vie du sujet. Le compte des camarades d'enfance qu'il peut fournir indique assez bien la valeur de sa mémoire des noms. Les dates des grands événements de sa vie est une autre recherche importante.

Enfin l'étude des notions scolaires : calcul mental simple, lecture avec commentaire, écriture spontanée et dictée donne autant de renseignements sur la mémoire que sur l'intelligence.

Pour juger de cette dernière nous avons employé parfois l'explication d'une phrase de théorie mais nous nous sommes basé surtout sur le degré de compréhension des questions au cours de l'interrogatoire.

L'étude de l'activité psychique comprenait celle de l'orientation très précise : date, heure, lieu, numéro de lit, de salle, celle de la curiosité en promenade et dans la lecture des journaux. A de Tests nous avons toujours préféré la surveillance du malade en dehors du bureau du médecin : s'occupe-t-il dans la salle? Sort-il ? Cause-t-il avec ses camarades? Joue-t-il aux cartes? etc. La suggestibilité dont nous avons déjà parlé permet aussi d'apprécier l'activité mentale.

II. — GRANDES DIVISIONS CLINIQUES

Comme nos prédécesseurs, nous avons cherché les signes pathognomoniques neurologiques et psychiatriques de la commotion par obus.

Nous y avons renoncé pour le motif suivant :

Le type commotion de guerre est considéré comme ayant une étiologie univoque : l'ébranlement physique généralisé, une clinique toujours la même : perte de connaissance initiale, otorrhagie, inertie mentale, céphalée, éblouissements, anomalies du vertige voltaïque, glycorachie, etc.

On oppose ainsi la commotion à l'émotion qui est consécutive à une peur et dont les manifestations multiples sont toutes reliées par la mimique de la peur.

Or ceci suppose qu'une commotion au sens étiologique, un ébranlement physique généralisé a toujours des conséquences commotionnelles et n'a jamais de suites émotionnelles.

Mais tous les auteurs ont bien remarqué qu'il n'en était pas ainsi : à une violente projection, à un ensevelissement capable de donner par exemple lieu à une hématomyélie tardive (les commotions médullaires retardées) succèdent des manifestations émotionnelles intenses et

parfois très prolongées. On dira qu'elles sont les suites de la peur.

Mais c'est là une opinion à *priori*, reposant sur la confusion entre la cause et les aspects de l'état clinique réalisé.

Une émotion de peur est un complexus psycho-physiologique où la face psychique, la peur, précède, accompagne ou suit des manifestations physiologiques importantes. Sous les bombardements intenses, les ébranlements répétés pendant des journées sans arrêt amènent un état d'émotion intense d'où la peur peut être totalement exempte. Pourquoi laisser dans l'ombre cet ébranlement de tout l'organisme au profit de la représentation mentale qu'on isole arbitrairement?

Un spectacle horrible n'amène que très peu de sujets à faire des crises émotives, et ce sont toujours des prédisposés qui en sont atteints, soit qu'ils le soient par leur jeune âge, soit par leur sexe, soit par leurs tares mentales.

Il faut tout de même tenir compte du fait plutôt étonnant que des hommes d'âge mûr, des rustres plus ou moins abrutis, ou des pères de famille sérieux font des crises de nerfs comme des jeunes filles alors qu'ils n'en avaient pas auparavant. Peut-on réellementsoutenir que les ébranlements répétés, complétés souvent par un choc violent, une projection, un ensevelissement, n'ont en rien agi sur l'organisme du sujet et que les manifestations émotionnelles dépendent d'une façon élective de la représentation mentale. C'est peu probable.

En tout cas, il vaudrait mieux ne pas baser sur cette

hypothèse, sur cette dissociation théorique, le fondement de toute la question des troubles consécutifs aux éclatements d'obus.

Nous pensons donc qu'il est permis de dire qu'un éclatement d'obus si proche qu'on veut le supposer peut émotionner ou commotionner.

Il ne reste rien en ce cas de la distinction étiologique entre émotion et commotion.

A une commotion (ébranlement physique) succèdent soit des manifestations émotionnelles, soit des réactions neurasthéniques, anxieuses, revendicatrices, soit enfin un syndrome d'inertie mentale ou la démence post-traumatique.

Et d'autre part, selon le ou les points d'applications des agents contondants multiples : rondins, fusils, pierres ou vent d'obus, le sujet peut être blessé dans ses viscères, sa moelle ou son cerveau. Aucun caractère commun à ces troubles organiques, sinon qu'ils sont souvent multiples, ce qu'explique bien la complexité du traumatisme et qu'ils sont ordinairement d'évolution favorable, ce qui correspond au peu d'intensité relative du traumatisme, sinon le sujet serait mort sur le coup.

Nous étudierons donc séparément les manifestations neurologiques et les troubles mentaux qui succèdent à un éclatement proche d'obus.

Si nous donnons la prépondérance aux études psychiatriques, c'est qu'elles correspondent davantage à notre instruction médicale ; c'est aussi parce que des travaux comme ceux du Centre de Salins ont montré

combien l'état mental du soldat dominait de haut toutes les lésions.

En prenant pour guide la dominante clinique, nous avons vu se former dans notre ensemble d'observations, des groupes homogènes psychiatriques et neurologiques qui ne sont pas superposables les uns aux autres.

Les observations psychiatriques comprennent quatre groupes :

Le premier pourra paraître un hors-d'œuvre négligeable. Nous maintenons qu'il est capital. Ce sont les cas peu intéressants, mais très nombreux, de sujets n'ayant de commotion que sur leur billet d'origine. Ils sont commotionnés authentiques aux yeux du Conseil de réforme. Un interrogatoire approfondi, l'examen minutieux du dossier, ou l'examen médical montrent qu'ils doivent être mis entièrement hors de cause.

Si nous n'avions pas été choqué par les publications d'examens de laboratoire portant sur tel nombre de commotionnés sans qu'il soit fait la moindre mention d'un interrogatoire préalable, nous n'aurions pas pris la peine de publier ces observations. Nous le faisons, persuadé que c'est là que gît une des causes des divergences entre les auteurs.

Et nous revenons toujours au fait inévitable que s'il y avait deux ou trois signes cliniques communs à tous les cas de commotion par obus sur lesquels tout le monde serait d'accord, pareilles erreurs pratiques n'auraient pas lieu.

Le second groupe psychiatrique comprend l'un des points essentiels de notre étude. C'est le défilé des

manifestations émotionnelles allant du simple souvenir ému, de la peur, à l'onirisme le plus absorbant, à la perte de la maîtrise motrice sous toutes ses formes du fait de l'émotion.

Le troisième groupe est celui des réactions psychiques distinctes de l'émotion initiale. Alors que précédemment, nous montrions des sujets ayant eu peur ou continuant à avoir peur, maintenant nous passons en revue les résultats de leurs réflexions à propos de cette peur. Ce sont les neurasthéniques, les anxieux, les revendicateurs.

Enfin le quatrième groupe comprend les cas d'inertie mentale, nous paraissant bien répondre au tableau de Joanny-Roux. Ce sont des diminués en marche vers la démence ou de véritables déments.

Les observations neurologiques comprennent une série de lésions classées selon leurs localisations :

D'abord les lésions viscérales, les troubles généraux, ce que l'on pourrait qualifier de pathologie du sympathique à la suite d'un éclatement d'obus à proximité.

Puis les lésions médullaires.

Enfin les lésions encéphaliques.

III. — CEUX QUI DEVRAIENT TOUJOURS ÊTRE MIS HORS DE QUESTION

L'étude psychiatrique des sujets évacués du Front pour un éclatement d'obus à proximité doit, avant d'aborder l'étude des phénomènes émotifs et réactionnels, s'arrêter un instant sur le groupe très nombreux mais peu intéressant des cas qu'il faut mettre hors de la question.

*
* *

L'interrogatoire intervient ici en premier lieu, contrôlé le plus possible par l'étude du dossier.

Il s'agit de commotionnés authentiques, possesseurs de leur billet d'hôpital.

Obs. I. — Bari.., 28 ans. Soudeur.

Entré le 28 février 1917.

Evacué du front le 31 janvier 1917 avec le diagnostic : commotion cérébrale par éclats d'obus.

Après une légère agitation à son entrée, il présente un état de stupeur qui dure depuis 2 mois et demi.

Immobilité complète.

Stéréotypie des attitudes (toujours enseveli sous ses couvertures, en chien de fusil).

Indifférence complète à tout ce qui l'entoure.

Quelques moments de négativisme.

Facies tantôt indifférent, tantôt présentant des sourires sans motif, tantôt il pleure des journées entières et donne de son chagrin des explications absurdes.

A certains jours, gémissements et lamentations pendant des heures.

Idées délirantes de culpabilité, d'auto-accusation, très vagues, variables et absurdes.

Aucun signe organique.

Liquide céphalo-rachidien normal. Wassermann négatif.

Diagnostic : Psychose hébéphrénique.

On pourrait discuter à ce propos de la question de la psychose hébéphrénique traumatique.

Or un examen attentif du dossier montre qu'à la date de son évacuation Bari... était déjà hospitalisé. Une demande précise de renseignements au Corps provoque l'explication suivante :

Bari... a été évacué le 14 Janvier 1917 par un médecin d'un autre régiment qui l'a trouvé sur la route, en arrière des lignes et a porté le diagnostic de commotion cérébrale. Hébétude.

Obs. II. — Men... 32 ans. Mineur.

Entré le 12 avril 1917.

Evacué au C.N. avec le billet d'hôpital suivant :

Troubles mentaux. Crises épileptiques. Appoint éthylique.

Suite de commotion par éclat d'obus à Verdun en juillet 1916. (Limoges le 9 avril 1917).

Il se dit commotionné, raconte 5 crises avec dates approximatives.

L'examen montre un foie douloureux, non augmenté de volume, sans ascite ni splénomégalie. Commémoratifs d'ic-

tère, albuminurie légère, pituites matinales, constipation.

Tremblement généralisé, légère hypéresthésie cutanée, crampes, cauchemars violents, précipices, rats. Le soir, il voit un homme plus grand que lui qui veut lui faire du mal avec un couteau.

Regard dur. Air sombre. Brusquerie des gestes.

Dysmnésie.

Quelques jours après son entrée, il fait une scène d'ivresse et de scandale en ville qui juge ce qu'il appelle ses crises.

Diagnostic : Ethylisme chronique.

L'étude du dossier montre que Men... a été évacué quatre fois du Front pour éthylisme et qu'il était à l'Intérieur en juillet 1916. Le billet d'hôpital écrit longtemps après le traumatisme, n'avait donc aucune valeur; il ne faisait que reproduire les dires de l'homme.

Obs. III. — Peti... 29 ans. Cultivateur.

Entré le 16 juillet 1918.

Le 5 septembre 1916, évacué du Front, parce qu'il présentait des troubles-mentaux post commotionnels.

Il raconte ainsi sa commotion :

« C'est un éclatement de mine. Je me rappelle que ça m'a fait sauter. Je suis tombé dans la rivière ».

— « *Tu te vois dans la rivière ?*

— « Oui, le courant m'a emporté. C'est un moulin que les Allemands faisaient sauter. Nous faisions une attaque. J'étais mineur auxiliaire. Nous étions mélangés avec les troupes, pour faire une tranchée aussitôt. Nous arrivions au pont, quand ils ont fait sauter le pont et le moulin... J'étais sur la rive, entre le pont et le moulin. Nous sommes tombés à cinq ou six dans l'eau... Les camarades nous ont repêchés. J'étais devenu méchant. Ils ont été obligés de m'attacher. Ils m'ont mis dans une auto et dirigé sur l'hôpital ».

— « *Quel jour était-ce ?*

— C'était le 5 janvier, au petit jour, dans la matinée. Je me suis retrouvé à Dury-lez-Amiens... »

Le diagnostic portait à Dury-lez-Amiens, puis à Ville-Evrard : « Accès de confusion mentale avec idées de persécution et dépression mélancolique ».

Peti.., dit incidemment que l'un des témoins de son accident est un infirmier de l'hôpital.

Récit de l'infirmier. — « Je connaissais Peti... auparavant. A Anzin, un matin, vers 7 ou 8 heures, on me dit que Peti... était comme fou. Il courait dans le village. Son bataillon était monté aux tranchées dans la nuit. Il était resté là, je ne sais comment. Il divaguait : « Tiens, Guillaume, est là-haut, à la fenêtre ! Je vais le tuer. » Il court sur un civil, l'attaque à coups de poing, à coups de pied. L'autre se sauve. Il trouve un sabre, il perce le ventre d'un mulet. Alors, on l'a cerné sur un pont. Quand il a vu qu'il était pris des deux côtés, il a sauté dans l'eau, et a passé sous le pont, sans lâcher son coupe-choux. Il était épuisé. On l'a pris, ligoté et évacué.

Anzin était, à ce moment, à deux ou trois kilomètres en arrière des lignes. Il y tombait pas mal d'obus. Peti... n'avait pas l'air d'avoir été renversé par un obus : il n'était ni blessé, ni couvert de terre. Il avait les vêtements en désordre, la bouche toute baveuse, il hurlait ».

— « *Etait-il ivre ?* »

— « Je ne sais pas. Je ne peux pas dire... je ne l'avais pas vu avant ! »

On raconte à Peti... le récit de l'infirmier. Il écoute attentivement et déclare que ce n'est pas lui qui, à Dury-lez-Amiens, s'est prétendu commotionné. En tout cas, le fait est qu'il raconte maintenant sa « commotion » avec grands détails.

Je n'aurais pas rapporté ces observations, si je n'avais

pas été choqué par la lecture des publications, parlant d'examens faits à un groupe de commotionnés et ne prenant pas soin de dire qu'un interrogatoire minutieux, qu'un examen attentif des pièces du dossier a été pratiqué avant tout examen de laboratoire.

Mais il y a des cas plus difficiles.

L'interrogatoire et le dossier peuvent conclure à commotion par obus, alors que l'examen clinique conduit à un diagnostic d'affection non traumatique.

Si le tableau clinique des commotionnés était nettement reconnaissable, pareille difficulté n'existerait pas.

Obs. IV. — Brim..., 24 ans. Postier.

Entré le 22 mai 1918.

Brim... est évacué du Front, avec le diagnostic : Commotion cérébrale remontant au 30 octobre 1916. Perte de connaissance pendant une heure ; quand il revient à lui, céphalées, vertiges. Etat d'obnubilation sensible.

Le malade raconte : « J'ai été commotionné en 1916. J'ai été enseveli par un obus, à Verdun. C'était l'après-midi. J'étais dans un abri : j'ai perdu la mémoire depuis ce temps-là, et j'ai maintenant des crises que je n'avais pas dans le civil.

L'examen montre un dégénéré à stigmates nombreux avec débilité mentale marquée. On trouve des cicatrices nasales, frontales et linguales. On assiste dans le service à une crise nocturne d'épilepsie, avec symptômes caractéristiques. Pas de troubles de la réflectivité, ni de la motilité.

Un autre interrogatoire apprend que le sujet avait des crises nocturnes dans l'enfance, ce que confirme l'enquête de gendarmerie.

Diagnostic : Epilepsie essentielle.

Pareille observation ne peut pas figurer dans la description de la commotion par obus. En supposant que le traumatisme ait eu lieu, rien n'en subsiste. Le malade avait des crises auparavant, telles qu'il en a maintenant.

Obs. V. — Dessa..., 43 ans. Garçon de café.

Entré le 17 avril 1917.

Dessa..., évacué le 27 février 1917, du Four-de-Paris, pour commotion cérébrale par éclatement d'obus. « Service commandé ».

L'examen montre des signes de paralysie générale évidents : inégalité, immobilité et irrégularité pupillaire avec Argyll. Exagération très marquée des réflexes tendineux. Ebauche de tremblement des doigts. Accrocs très fréquents de la parole, avec instabilité de la langue. L'empressement niais, l'euphorie, les erreurs grossières dans les souvenirs. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien qui est hyperalbumineux et légèrement hypertendu. Le Wassermann est positif.

Faut-il discuter ici l'influence des traumatismes sur la paralysie générale? N'est-on pas plus près de la vérité, en remarquant que ce P. G. a fait pendant son séjour dans le service, un très petit ictus, sans paralysie consécutive. Pareil accident « cérébral » a pu se produire au Front et déterminer son évacuation.

Obs. VI. — Aude.. 39 ans, Cultivateur.

Entré le 29 avril 1917.

Evacué pour : « Confusion mentale, suite de commotion par éclatement d'obus, juillet 1916, dans la Somme. Mauvais état général, troubles d'ordre commotionnel (certificat de visite du C. N. de B..., 4 juillet 1917).

Le sujet se dit commotionné, mais il ne sait à quelle date.

Aspect clinique du débile mental : obtusion intellectuelle, dysmnésie très marquée, réponses vagues avec de continuelles explications pathogéniques sur son état. Faiblesse d'attention aux diverses épreuves. (Illettré total). De plus, le caractère de niaiserie est très accusé. Rires de déficience à tout propos. Il offre de menus objets à son médecin, avec un air mystérieux et une insistance gênante.

C'est d'autre part, un dyspeptique éthylique avec stigmates dont l'examen neurologique est par ailleurs négatif.

Diagnostic : Débilité mentale avec éthylisme.

Que subsiste-t-il de la commotion, qui a été signalée par le Centre de B...? Rien d'appréciable. Il est même permis de se demander s'il a jamais eu de troubles réellement d'origine commotionnelle.

Obs. VII. — Maur... 41 ans. Cultivateur.

Entré le 3 juillet 1918.

Le 21 mai 1916, Maur... a été commotionné par obus d'après son dossier.

Lui-même dit ne se rappeler de rien ; il ne sait plus aucune date.

Le billet d'hôpital porte : « État commotionnel peu marqué lassitude, céphalées, entérocolite, insomnies, anxiété ».

Le diagnostic porté au Centre neurologique de M... a été : « syndrome commotionnel (céphalées, cauchemars, peurs, fatigabilité cérébrale, amnésie) ».

Actuellement, on se trouve en présence d'un sénile, torpide, indifférent, donnant de son état des explications absurdes. Il se plaint en gémissant de cauchemars toutes les nuits; il n'en a plus le souvenir au réveil. Il a des céphalées, de la faiblesse de la jambe droite et une bronchite ancienne.

Somatiquement il est en médiocre état général, voûté,

tordu par une cyphose-scoliose cervico-dorsale, à concavité droite avec lordose. Grands appareils cliniquement sains, sauf le myocarde, qui n'est plus suffisant : épreuve de Lian positive.

Diminution de force musculaire dans les deux membres droits avec amyotrophie légère, mais sans modification permanente des réflexes tendineux ou cutanés. Tremblement intermittent du côté droit. Large perforation ancienne du tympan gauche.

Léger éthylisme probable.

En somme, il ne subsiste que des traces incertaines de la commotion. mais la sénilité est assez avancée.

Rien ne garantit que le traumatisme ait précipité ou accentué la sénilité. Il est d'observation courante, dans ce pays, de voir une déchéance physique aussi avancée chez des cultivateurs de 38 à 40 ans. S'il existait quelque signe pathognomonique de la commotion par obus, on serait autorisé à maintenir chez de tels sujets, l'étiquette de commotionnés.

Il est bien entendu qu'il faut résolument séparer l'imputabilité qui intervient dans les décisions médico-légales militaires de celle qui a une valeur scientifique.

Il est permis de penser qu'une gratification sera attribuée avec justice à cet homme qui a fait 3 ans de Front, tout en estimant qu'au point de vue scientifique, les traces de la commotion par obus sont tout à fait incertaines.

*
* *

Le premier groupe d'observations répondait au cas où le traumatisme n'a pas eu lieu; dans le second, s'il

avait existé, son influence ne pouvait plus être mise en compte, Nous allons citer maintenant deux cas, pris entre autres, où le traumatisme est réel mais les suites en sont nulles.

Obs. VIII. — Sergent-fourrier Paugn... 22 ans. Etudiant. Entré le 5 novembre 1918.

A Herpy, le bataillon était engagé en pleine bataille ; le fourrier Paugn. en terrain découvert portait un ordre à son chef de bataillon vers 15 heures 1/2, le 3 octobre 1918. Il s'abrite dans un trou d'obus, pour reprendre haleine. Il entend un éclatement tout près de lui, sent la terre lui tomber dessus et perd connaissance.

Il revient à lui, vers 18 heures, au poste de secours. Les brancardiers lui ont dit qu'il était enterré de la tête. Il n'a aucune écorchure, aucune plaie, aucune hémorragie. Il voyait mal et souffrait des yeux. Céphalées des tempes. Bourdonnements d'oreilles. Courbature des reins.

A l'ambulance, il a beaucoup souffert des reins pendant quatre jours.

Actuellement, il a encore des cauchemars guerriers toutes les nuits et quelques céphalées.

Les examens viscéral, neurologique et psychiatrique sont entièrement négatifs. Il est en très bon état général. La formule sanguine est normale. Le sujet dit qu'il se sent bien maintenant.

Conclusion : Perte de connaissance de plus de 2 heures par éclatement proche d'obus. Aucune séquelle.

Obs. IX. — Camb..., 20 ans. Boulanger.

Entré le 21 août 1918.

Évacué du Front le 18 août 1918 pour avoir été enseveli par un éclatement d'obus, à Tracy-le-Val. Il se trouvait avec dix camarades, dans un trou creusé dans le sable. Il n'y

avait pas de madriers sur l'abri. L'obus les a enterrés tous; lui se trouvait dans le fond de l'abri. Il a immédiatement perdu connaissance. Les camarades l'ont dégagé : il a repris ses sens au poste de secours, n'ayant ni plaie, ni hémorragie. Il était tout étourdi et pleurait. Il n'avait que mal à la tête et mal au ventre.

Souvenirs normaux de son évacuation.

C'est un sujet en bon état général, quoique ayant à son entrée une anémie à 3.080.000 globules rouges.

Les viscères et le système nerveux sont absolument normaux.

Il ne se plaint que de céphalées passagères et de cauchemars guerriers : « Je rêve toute la nuit. Je suis toujours avec ma pièce, en train de tirer. »

Son attitude, sa conduite sont normales. Il est gai.

L'examen psychiatrique ne révèle aucun trouble.

Conclusion : Perte de connaissance par ensevelissement par obus, sans trouble consécutif.

Il est bien entendu que nous considérons les cauchemars guerriers, comme normaux dans les quelques semaines qui suivent une évacuation du Front, au cours d'une bataille.

Nous nous jugeons maintenant autorisé à présenter des cas pathologiques, suite d'éclatement d'obus, puisque nous avons montré ce qu'un interrogatoire minutieux et l'examen du dossier nous avaient permis d'éliminer.

IV. — LA CONFUSION MENTALE, SIMPLE ÉPISODE

La confusion mentale, consécutive à un éclatement proche d'obus, appartient à la clinique de l'ambulance.

Il nous a été donné cependant, d'en observer quelques cas et de voir comment elle évoluait habituellement.

Obs. X. — Caporal Bouchil... 21 ans. Etudiant.

Entré le 14 janvier 1918.

Billet d'origine de commotion par obus, le 3 juin 1917.

A son arrivée, syndrome de confusion mentale complète. Désorientation complète. Amnésie. Immobilité; inactivité.

Cet état s'atténue progressivement, en un mois. Le malade est alors orienté, mais encore incapable de sortir seul en ville.

Au début de mai, le sujet parle encore à voix basse, répondant lentement aux questions et aussi brièvement que possible. Il faut lui parler à voix haute pour provoquer une réponse. Il raconte le peu qu'il sait de sa commotion : « Nous étions dans un ravin, où tombait le tir du barrage. Nous revenions d'une corvée. Il y avait un petit chemin au bord du ravin. Après... je ne sais pas... Je sais que j'ai été bouleversé. On me l'a dit. On m'a évacué, je ne sais pas quand. Ce n'était pas le même jour, je ne crois pas. »

Donc dysmnésie confusionnelle; pas d'amnésie rétrograde.

Il se plaint de cauchemars guerriers, toutes les nuits ; de céphalées occipitales ou pariétales, de vertiges, d'éblouissements, d'asthénie.

L'examen psychiatrique montre que l'attention volontaire est faible et lente, malgré les efforts du malade.

Une émotivité enfantine vient couvrir toutes les acquisitions de ce jeune élève du P. C. N. au point qu'il ne sait plus rien de tout ce qu'il a appris.

L'activité générale est encore diminuée ; l'intelligence est certainement paresseuse.

Mis à part une sciatique, l'examen somatique est négatif.

Le liquide céphalo-rachidien est normal : Albumine 0,26 par litre ; glycose 0,20, 0,30 ; rares éléments figurés.

Le Wassermann est négatif.

Anémie à 3.840.000 avec leucopénie.

Instabilité de la courbe thermique et du pouls : courbe nycthémérale normale.

Nystagmus calorique et vertige voltaïque normaux.

Diagnostic. — Accès de confusion mentale post-commotionnelle.

Obs. XI. — Delah... Désiré, 20 ans. Cultivateur.

Entré le 17 mai 1917.

Évacué d'un hôpital de la région sur le Centre parce qu'il est agité.

Blessé par éclats d'obus aux pieds, aux fesses et à la région temporale droite le 23 avril dernier. Il a subi une trépanation qui a montré un enfoncement des deux tables externe et interne avec dure-mère intacte.

Les trois premiers jours de son hospitalisation, il fait un accès de confusion mentale avec délire onirique et agitation. Il lutte avec l'entourage, se sauve, crie, le tout avec un puérilisme très marqué ; il caresse la main du médecin, parle d'une façon enfantine, sourit pour obtenir ce qu'il désire et

demande avec une insistance enfantine. Logorrhée. Il est légèrement désorienté.

L'agitation se calme peu à peu, et au bout d'une semaine on peut causer avec le malade. Il raconte alors ceci : « Je croyais voir des bonshommes le long du mur, j'avais peur. Je croyais que c'étaient des Allemands. Il y en avait des petits et des grands. Ils étaient habillés en jaune brun. Je ne leur ai pas vu de fusils. C'était une peur que j'avais. Je croyais qu'ils voulaient taper sur moi. Je ne savais pas trop où j'étais...

« Le lendemain, je croyais voir toujours quelqu'un à côté de moi. Je regardais sur les murs ; je croyais que c'étaient des vrais, des types qui étaient là. Quand on m'examinait je n'y croyais plus ».

Il fait le récit de son accident :

Il avait été déjà deux fois à l'assaut quand il a été atteint par un obus aux jambes, vers 9 heures et demie-10 heures. Un quart d'heure après un second obus le blesse à la tête. Il est descendu au P. S. par les brancardiers. Il se rappelle de l'auto d'évacuation : il était couché en haut à gauche, la bâche était fermée. A l'ambulance, piqûre au ventre, thé, etc...

L'examen montre que Delah... est en assez bon état général, que les viscères et le système nerveux sont sains. Le liquide céphalo-rachidien est normal. La confusion mentale et l'agitation ont disparu entièrement. Mais le puérilisme persiste, explicable par le jeune âge du sujet et son état de dégénérescence légère avec multiples stigmates.

Diagnostic : Bouffée de délire hallucinatoire chez un trépané récent.

Le caractère épisodique de la C. M. est ici très marqué. Que le sujet ait ou non perdu connaissance au moment de l'accident, qu'il ait été blessé à la tête ou

soit indemne de toute plaie, il peut faire un accès confusionnel dont l'intérêt est bien médiocre.

Si ces cas sont habituels au Front, dans les ambulances il ne faut cependant pas y voir l'explication de tous les troubles mentaux consécutifs.

Bouchil... est sorti très amélioré. Delah... que nous avons gardé deux mois après son épisode délirant n'avait conservé aucune trace de sa confusion et son émotivité était normale. Nous allons faire défiler le résumé de quelques autres cas analogues.

Obs. XII. — Ping..., 35 ans, Maçon.

Entré le 30 mai 1917.

Evacué avec le diagnostic : Délire aigu par commotion d'obus. A été deux jours sans connaissance. Il avait été évacué attaché sur un brancard le 15 mai 1917.

A son entrée, Ping... ne présente aucun trouble mental, sauf une amnésie lacunaire complète pour la période de l'accident. Sujet calme qui se rend utile dans le service. Il ne se plaint que des cauchemars guerriers toutes les nuits, cauchemars des obus, agitation nocturne incessante.

Examen somatique négatif.

Obs. XIII. — Pietr... Séraphin, 20 ans. Cultivateur.

Entré le 25 juin 1917.

Une série de diagnostics bien datés permettent de se rendre compte de ceci :

Du Front : Commotion cérébrale par éboulement (9 juillet 1916).

D'Am... Il présente depuis deux jours des phases d'excitation. Il veut se sauver, a voulu aujourd'hui sauter par la fenêtre pour aller cueillir des cerises. Confusion mentale (31 juillet 1916).

De D... les A... : Confusion mentale à tendance chronique. Idées mystiques. Suite de commotion (17 août 1916).

Du V... de G... : Confusion post-commotionnelle avec asthénie et dysmnésie (18 septembre 1916).

De M... Bl... : Confusion mentale post-commotionnelle. Fatigue, asthénie, céphalées occipitales, malaises vagues (30 nov. 1916).

Actuellement : Amnésie lacunaire à contours flous. Il se rappelle du 14 juillet où son unité était en réserve. Il sait être monté en première ligne mais les souvenirs se perdent dans le vague. Il s'est retrouvé à D... les A... Dysmnésie s'étendant à tous les faits de sa vie de guerre. Caractère très gai, rires enfantins à tout propos. Attitude enfantine. Emotivité d'enfant. Etourderies. Les notions scolaires sont normales. Attention normale. Il raconte qu'au début de sa mobilisation, il s'ennuyait et pleurait souvent.

Il souffre encore de quelques céphalées et a de rares cauchemars guerriers.

Obs. XIV. — Lecl..., 24 ans. Tailleur.

Entré le 12 février 1917.

Evacué de Fère-Champenoise le 6 septembre 1914 pour commotion. L'obus l'a projeté à 2-3 mètres: non blessé. Renseignements fournis par le Corps.

Interné pendant 2 ans, du 7 novembre 1914 au 18 janvier 1917.

Lecl... a fait un long accès confusionnel qui a même été qualifié à un moment de démence précoce : demi-stupeur, mutisme, désorientation, idées délirantes vagues, affaiblissement intellectuel, perte des sentiments affectifs.

Il s'était très amélioré dans les derniers mois au point qu'il pouvait travailler à l'Economat.

Il écrivait régulièrement à ses parents.

A son entrée au C. N., il dit qu'il se sent sain d'esprit et il le prouve : mémoire normale, sauf la période d'internement

d'un an de durée environ. Il en a un souvenir vague avec des cauchemars, des visions de guerre. Attention spontanée et volontaire, notions scolaires, jugement, attitude, conduite, il est en tout très normal.

Il s'emploie activement dans l'hôpital : aucune diminution de la plasticité sociale.

Examen organique négatif.

Voici donc plusieurs cas de confusion mentale aiguë ou subaiguë consécutive à une explosion proche et qui n'ont pas laissé de séquelles mentales dans les mois suivants. On a plutôt l'impression de quelque chose d'isolé. On est porté à juger exacte l'opinion de G. Dumas (6 avril 1916), qui fait remarquer que blessé ou non il ne suffit pas d'être commotionné pour faire de la confusion mentale. Il estime à 10 p. 100 la proportion des confus aux « commotionnés ».

Ce ne serait donc pas le mécanisme ordinaire des nombreux troubles consécutifs.

C. M. → : *auto-suggestion* → *accidents de surdité, mutisme, paralysie, astasie, abasie, etc.*

On est frappé d'autre part par le caractère de déséquilibre mental des confus. Bouchil... même sorti de son accès n'aurait pas fait une promenade sans sa tante, le puérilisme de Delah... était choquant pour l'entourage, il était encore très marqué chez Piétr...; Lecl... était un pupille de l'Assistance.

Enfin voici une dernière observation où le trouble mental constitutionnel prime tout.

Obs. XV. — Bernus... Camille, 22 ans. Mécanicien.
Entré le 25 février 1918.

Le 19 juin 1917, commotion très légère d'après le billet d'origine. Vauxhaillon.

La commotion se ramène au dire de l'intéressé à une sensation de choc (vent du boulet) dans la région de l'hypochondre gauche sans blessure, sans amnésie, sans perte de connaissance.

Une dizaine de jours plus tard, le 2 juillet, il est évacué comme confusion mentale aiguë.

Séjour à M... Bl... jusqu'au 24 septembre 1917.

Le diagnostic de sortie : confusion mentale aiguë « imputable au service » qui s'est améliorée sensiblement au bout d'un mois, mais il y a eu deux rechutes graves. Depuis un mois, il paraît guéri.

Bern... raconte lui-même ses accès. Je me rappelle de mon évacuation. J'étais surexcité, énervé. Le caporal m'apportait à manger. Il me semblait qu'il y avait des moments où je n'existais pas. La tête se mettait à tourner. Je ne savais plus où j'étais. Il me semblait que je n'avais rien dans la tête, le cerveau mort. J'ai même déchiré une lettre avec de l'argent que je venais de recevoir. On m'a retiré tous mes vêtements. Ça m'est arrivé à trois fois d'être comme ça.

En poussant l'interrogatoire sur son passé, on apprend (ce que confirme l'enquête de gendarmerie) que Bernus... était un grand déséquilibré dont les parents ne pouvaient rien faire, qui était incapable d'apprendre régulièrement un métier. Il a d'ailleurs une hérédité mentale maternelle.

L'examen de l'intelligence, de l'attention, de la mémoire les montre assez bonnes, mais le jugement est défectueux et la conduite donne lieu à de nombreux reproches au point de vne disciplinaire.

Diagnostic : Déséquilibre mental congénital. Bouffées confusionnelles à la suite d'une explosion proche. Actuellement guéri de sa confusion.

Une dernière remarque : ces bouffées délirantes sont consécutives, soit à une perte de connaissance, soit à une blessure ou à une secousse sans perte de connaissance. Qu'on n'aille pas réserver la confusion mentale aux cas d'émotion par éclatement d'obus.

V. — CEUX QUI EN ONT ÉTÉ QUITTES POUR UNE PEUR

Le terrain déblayé, nous arrivons aux faits de nature émotionnelle qui constituent l'un des noyaux de notre étude.

Qu'on ne qualifie pas ce chapitre d'étude du syndrome émotionnel; la diversité des types cliniques s'y opposerait absolument.

Voici d'abord un premier groupe de manifestations émotives que l'on ne peut guère qualifier de pathologiques : ceux qui en ont été quitte pour une peur. Nous y insistons sur le rôle de l'éthylisme.

Ensuite nous étudierons les cas d'hyperémotivité morbide comprenant :

1° L'hyperfonctionnement anormal de l'automatisme reproduisant l'état initial : ceux qui continuent à avoir peur.

2° Les décharges motrices émotives (alias crises d'hystérie).

3° Le grand tremblement émotif, l'agitation émotive persistante.

4° L'agitation émue localisée à une fonction.

5° Les stéréotypies de la peur.

Voyons ici les manifestations qui se bornent à la peur initiale.

Obs. XVI. — Sonn..., 21 ans. Dessinateur.

Entré le 16 juin 1918.

La fiche d'évacuation porte sur une face : « troubles mentaux manifestés au cours d'un combat, le 9 juin 1918 », alors qu'on lit sur l'autre face : « Commotionné. Dépression légère ».

L'intéressé raconte qu'avec sa section, ils sont partis occuper la lisière d'un bois : « Nous étions constamment marmités. Nous n'avons pas trouvé la compagnie. Nous avons trouvé les Allemands, qui nous ont reçus avec des mitrailleuses. J'ai eu des camarades tués et blessés. Je me suis caché. Nous sommes revenus, Il y avait un tir de barrage à ce moment-là... Après, je ne sais plus. Je me suis retrouvé à l'ambulance à Montreuil-aux-Lions. J'étais méconnaissable. J'avais très mal à la tête ».

Pas de plaie. Pas d'hémorragie. Examen somatique négatif.

Il a conservé de cet accident des cauchemars guerriers toutes les nuits, un peu de fatigue et surtout une sensation de peur qui renaît lorsqu'il doit raconter son accident.

Voici un cas banal où la peur constitue toute la maladie. Il y a eu dans ce cas perte de connaissance. Rien de pathologique n'y fait suite. C'est la peur de guerre chez un jeune soldat.

Obs. XVII. — Harm..., 44 ans. Cultivateur.

Entré le 11 juillet 1917.

Evacué avec le diagnostic de : « commotion labyrinthique gauche », Harm..., se plaint de tristesses. A propos d'idées qui l'ennuient, il raconte son bombardement.

« Nous étions en terrain découvert à faire des tranchées. Il est arrivé des obus. Nous nous sommes sauvés. J'avais

perdu mon sac et je pleurais. C'est depuis ce moment-là que j'entends ».

Toutes les nuits, il entend des injures, se lève, cherche, ne voit rien, et se recouche. Il est au seuil d'idées délirantes de persécution, mais il hésite à y entrer : il reste au stade d'étonnement.

Physiquement, c'est un sénile, trembleur avec otite cicatricielle bilatérale, dont les grands parenchymes sont cliniquement sains. Le liquide céphalo-rachidien est normal, le Wassermann en est négatif.

Légère torpeur physique et mentale. Amnésie diffuse des faits de sa vie. Emotivité exagérée.

Diagnostic : Hallucinations auditives verbales, chez un sujet démentiel. La couleur du délire a été fournie par une peur de guerre.

Ce sénile a eu peur. Qui oserait le qualifier d'émotionné de guerre? Il n'y a là qu'une circonstance accidentelle insignifiante.

*
* *

Nous allons maintenant présenter un groupe dont l'importance pratique est capitale. Ce sont les éthyliques, qui ont eu peur au Front et que leur expansivité conduit à faire partie de tous les groupes de « commotionnés ».

Ils savent qu'ils portent un billet d'origine qui peut se transformer en avantages pécuniaires. Ils sont fiers de leur commotion, fiers d'avoir eu peur : ils seront les premiers à se présenter pour subir les divers examens de laboratoire, réservés aux commotionnés.

Obs. XVIII. — Ducou..., 33 ans. Peigneur de laine. Entré le 27 juin 1918.

Evacué pour tremblement post-commotionnel. Le récit de l'intéressé est le suivant :

Etant à Nieuport, en allant chercher mon manger, il y a eu une torpille qui est tombée sur le parapet, et j'ai été englouti par le sable. C'était le matin, vers 11 heures. La torpille est tombée 10 mètres derrière moi. J'ai été enterré du bas du corps jusqu'au ventre. Je me suis sorti de là, et j'ai été manger la soupe avec des camarades dans un autre abri. »

Il a continué son service. Quatre ou cinq jours après, au repos, on l'évacuait pour tremblement post-commotionnel.

L'examen révèle une imprégnation éthylique.

Torpidité mentale. Indifférence complète à son état. Désintéressement complet de sa famille. Cauchemars éthyliques. Demi-aveux d'excès de boisson. Parole vive, bredouillée. Gestes très vifs.

Le tremblement est constant, extrêmement fin au repos ; augmenté par la station debout et la marche, tout en restant menu.

Pas de caractère intentionnel. Il est généralisé, mais surtout marqué aux membres supérieurs. Il s'accompagne d'une légère hypéresthésie musculaire. On peut le rattacher à l'imprégnation éthylique.

Le reste de l'examen somatique est négatif, y compris l'étude du liquide céphalo-rachidien et mis à part un médiocre état général avec anémie à 2.500.000.

Chez cet homme, diminué par la boisson, la peur a été réduite au minimum. C'est un souvenir plutôt qu'une peur réelle : il a remarqué cette torpille entre autres, mais sa vie courante n'en a pas été modifiée sur le moment.

Obs. XIX. — Lek... 33 ans. Cordonnier.

Entré le 18 avril 1918.

Commotionné le 14 août 1915 par éclatement de torpille,

à Berry-au-Bac. Retour au front et évacué de nouveau le 30 octobre 1916, pour otite suppurée droite réchauffée, suite de commotion.

Actuellement, il se plaint de quelques vertiges sans chute et surtout de cauchemars, survenant toutes les nuits. Sursauts. Serpents. Précipices. Incendies.

Il a des crampes, des pituites matinales, du tremblement généralisé. La parole est tremblée.

Explications embrouillées à plaisir. Impossible d'obtenir, malgré plusieurs examens, la liste complète de ses évacuations.

Obtusion intellectuelle. Inattention habituelle. Notions scolaires médiocrement conservées.

Stigmates physiques de dégénérescence.

Mis à part, les légers troubes auriculaires, Lek... est un débile éthylique, bien peu modifié par la commotion.

Obs. XX. — Caporal Der... 26 ans. Garçon de lycée.

Entré le 23 avril 1918.

Le 16 décembre 1916, le caporal Der... a été renversé par un obus, d'après le dossier. Il a repris connaissance 4 ou 5 jours après.

Il n'avait pas de plaie, pas d'hémorragie, bégayait beaucoup et souffrait de la tête. Il est retourné au front trois fois depuis lors. Il a été évacué chaque fois pour le même motif : névrose traumatique.

« Je perds la tête... J'avais perdu mon escouade. C'est le bombardement qui m'excitait. »

Il n'a pas été commotionné depuis lors.

C'est un grand éthylique, qui avoue aisément ses habitudes, qui raconte des cauchemars typiques (précipices, poursuites, morts). Il a même entendu des injures dans ses oreilles. Il a présenté une période de pituites matutinales et tout ceci est antérieur à la guerre.

L'examen montre des gestes extrêmement vifs, violents, le regard brillant, la parole impérative, rapide, un peu dure.

Tremblement très fin, siégeant à la tête (tremblement négatif), intéressant le cou, la face, la langue ; existant même au repos, exagéré par la station debout, où il gagne la partie supérieure du tronc et la racine des membres supérieurs. Il respecte les doigts.

Ce tremblement existerait depuis l'enfance. Le père et une sœur tremblaient de même.

La réflectivité tendineuse est normale, un peu forte. La force musculaire, la sensibilité, la vaso-motricité sont normales.

Les pupilles sont égales, leurs réactions sont normales. La marche en arrière présente une déviation insignifiante, sans autre trouble statocinétique.

La mémoire est assez bonne : les dates et les noms propres sont conservés d'une façon normale, pour un sujet de son instruction.

Les notions scolaires sont bien conservées. L'attention n'est troublée que par l'excitation habituelle du sujet. Mais il est capable d'un travail soutenu quand il s'applique.

Sujet énergique, sachant commander.

Conduite normale, malgré un peu d'irascibilité.

L'état général est bon, quoique la formule sanguine montre une anémie à 2.700.000.

Les troubles post-commotionnels se ramènent maintenant à cette hyperémotivité restreinte au séjour au front.

Diagnostic : Légère émotivité post-commotionnelle chez un éthylique chronique.

Il serait un peu inexact à notre avis de classer cette observation dans les manifestations émotionnelles, dans les cas de « phobies des obus ».

L'éthylisme commande ici toute l'allure clinique.

Obs. XXI. — Baro... 27 ans. Boulanger-Cuisinier.

Entré le 29 décembre 1917.

Billet d'origine : Eclatement de mine. Accès confusionnel guéri. Asthénie (septembre 1917).

Il raconte deux évacuations : « J'ai été évacué en juin 1916, pendant 1 mois, parce qu'un obus m'avait projeté à terre. J'avais mal aux reins et aux épaules. C'était un gros obus qui était tombé assez loin une quinzaine de mètres ».

Au sujet de l'évacuation actuelle : « Une mine a éclaté sous notre ligne. Notre abri est le dernier de ceux qui ont été atteints. Il a été très secoué. Ça m'avait bouleversé. Je tremblais beaucoup à ce moment. C'était le 29 ou 31 mai. Je suis resté à l'infirmerie une quinzaine de jours. J'ai eu là une crise. Je rendais des choses amères et on m'a évacué ».

L'examen montre une imprégnation éthylique professionnelle avancée : Tremblement, parole lente et tremblée. Cauchemars réguliers chaque nuit, caractéristiques. Pituites matutinales. Crampes. Faciès inexpressif. Le geste large, qui accompagne la parole.

Le foie est petit, la rate est grosse.

Il n'a pas fait de crise pendant son séjour ici.

Le père serait mort alcoolique, d'après l'enquête de gendarmerie.

Des deux accidents qu'il a subis au Front que reste-t-il ? On ne trouve que des symptômes d'éthylisme.

Obs. XXII. — Vig..., 33 ans. Employé des Postes et des Télégraphes.

Entré le 2 mai 1918.

Vig... raconte ceci : « En avril 1915, j'avais un refroidissement. J'étais allé en corvée. Un obus est tombé à 20 mètres de là. J'ai entendu un grand bruit dans mon oreille droite. Il est venu une petite goutte de sang, qui ne s'est pas renouvelée. L'obus était tombé à ma droite ».

Pas de perte de connaissance. Bourdonnements et vertiges Traitement à l'infirmerie.

Evacué le 22 juillet 1915, sur Raon-l'Etape, pour : « Commotion. Hallucinations ».

« Quand j'ai été évacué, j'avais très peur la nuit. Etant en sentinelle, je finissais par voir les arbres marcher. Je croyais voir un homme me venir dessus. J'ai chargé plusieurs fois à la baïonnette : il n'y avait rien. J'en étais tout étonné ».

On l'a évacué, parce qu'il appelait aux armes le poste d'écoute, à tout moment.

« Je rêve toutes les nuits; à certains moments, je vois tout en feu. Avant-hier, j'ai rêvé que je faisais le maçon et que l'échafaudage cassait : je tombais en me raccrochant aux petits piquets du mur. Il m'arrive souvent de tomber dans l'eau; je prends le bateau et il fait naufrage, etc. ... Je vois des incendies : d'un seul coup, la flamme qui sort par les portes, par les fenêtres; une femme qui crie, je veux me porter à son secours, alors la peur me prend et je me réveille en sursaut... » Ce sont bien là les rêves de l'éthylique, qui présente de plus des pituites, des crampes et un léger tremblement.

Vig... présente de plus des préoccupations hypocondriaques variées (douleurs musculaires, céphalées, fatigue, bourdonnements d'oreilles).

L'examen somatique montre un sujet en mauvais état général, avec un certain degré d'affaiblissement des membres inférieurs dont les réflexes sont diminués.

L'examen neurologique est négatif par ailleurs. Le liquide céphalo-rachidien ne présente par de lymphocytose, mais il est hypertendu (à l'appareil de Claude 30 avant, 22 après écoulement de 10 centimètres cubes). L'albumine y est en proportion normale, mais il y a hyperglycorachie (1 gr. 60). Le Wassermann est négatif.

Les courbes thermiques sont normales, ainsi que le réflexe oculo-cardiaque.

Le pouls est à 64.

La tension artérielle est normale. Anémie très modérée.

Diagnostic : Affaiblissement physique et préoccupations hypochondriaques chez un éthylique.

Dans ce cas, malgré l'hyperglycorachie, il est impossible de voir un tableau commotionnel.

Ces divers exemples peuvent constituer le premier degré dans l'échelle de gravité des manifestations émotives, consécutives à un éclatement d'obus ; mais il serait abusif d'y voir des phénomènes pathologiques.

VI. — CEUX QUI CONTINUENT A AVOIR PEUR

Un premier groupe de manifestations émotives pathologiques peut être constitué par les cas où le syndrome d'hyperidéation émotive prolonge indéfiniment l'ébranlement causal.

Le mono-idéisme émotif isole le sujet du monde extérieur ; il revit sans cesse la scène de guerre.

Obs. XXIII. — Caporal Ben..., 31 ans. Mécanicien.
Entré le 11 juin 1918.

En octobre 1914, Ben... a été blessé par éclat d'obus; il a été projeté en l'air et a fait une crise de nerfs dans le bois, immédiatement en arrière de la ligne de feu. Il porte une cicatrice à la face antérieure de l'avant-bras droit, avec hernie musculaire. C'est alors, à ses dires, qu'ont débuté les troubles qu'il présente actuellement. Il est cependant retourné au Front.

En avril 1916, à Froide-Terre, il a été pris dans une nappe de gaz.

« J'ai vu les camarades tomber : j'ai ôté mon masque pour crier. Je l'ai remis et j'ai pu continuer mon chemin. Nous étions à ce moment très bombardés. J'ai fait le ravitaillement avec le sergent D... et l'adjudant J... Nous sommes revenus : c'était moi qui portais le pain. J'ai vomi en arrivant. Je suis tombé et après je ne me rappelle plus; je me suis retrouvé à l'hôpital, à Troyes.

Il a eu à Troyes des crises nerveuses, et le tremblement

qui existait depuis la première blessure a considérablement augmenté.

Il a été réformé pour « trémulation sautillante dans la marche et la station debout. Tremblement pseudo-parkinsonien des membres supérieurs et bégaiement ». Il a même un certain moment été accusé de simulation.

Actuellement, il présente un tremblement généralisé, ne cessant pas dans la position couchée. Ce tremblement consiste en grandes oscillations du membre inférieur droit, avec pied en varus dans la position couchée. Tout le corps est ébranlé dans la position debout au point qu'il doit élargir beaucoup la base de sustentation. Il marche les jambes écartées, très vite, courant après son centre de gravité, tandis qu'aux membres supérieurs, existent des mouvements automatiques constants. Le tremblement n'a pas de caractère intentionnel. La marche et la station debout fatiguent très rapidement le sujet.

Un examen approfondi et prolongé ne permet de soupçonner aucune simulation.

Le bégaiement est insignifiant. Mais la parole est rapide. Il ne peut tirer la langue hors de la bouche.

Tous les réflexes sont forts, mais égaux, les tendineux comme les cutanés.

Pas de troubles de sensibilité.

Légers troubles sphinctériens.

Légère inégalité pupillaire, sans lésion du fond d'œil, ni de la musculature externe. Contraction fibrillaire des muscles des paupières. Clignotement incessant (100 clignements à la minute).

Légère déviation de la langue et du voile.

Rigidité constante de la nuque, dont l'extension est très limitée.

La force musculaire des quatre membres est très diminuée.

Très mauvais état général. Amaigrissement extrême.

Anémie à 3.200.000 globules rouges.

Le liquide céphalo-rachidien est normal. Le Wassermann en est négatif.

Ces troubles organiques sont d'importance secondaire à côté de l'état mental de Ben...

Il est dans un état constant d'énervement, d'agitation, d'irascibilité. Il interrompt continuellement ses occupations. Il ne prête aucune attention à son tremblement. Laissé au repos complet, il ferme les yeux et somnole ; si on le touche, il sursaute comme quelqu'un qu'on éveille.

— « *Tu as peur ?* »

— « C'est l'imprévu ! » — et il sourit. Puis il s'immobilise de nouveau complètement absent de l'entourage.

Les réponses sont brèves, lancées. On voit qu'il dépense une extraordinaire bonne volonté pour obéir au commandement, qui le trouble dans sa somnolence.

Il ne suit aucune idée. Il faut lui arracher son récit détail par détail.

On arrive à obtenir ceci :

« Dès que je suis seul, je me mets à penser. Je cherche les camarades pour causer avec eux, afin d'éviter mes cauchemars. Je vois toutes sortes de guerres. Il ne m'arrive que des malheurs. Je me bats et je suis toujours vainqueur. On part à l'assaut... avec des grenades... Je prends des tranchées... je commande,.. mais j'y vais plus souvent tout seul... Je cause tout haut et je me réveille... Tout en étant réveillé, le cauchemar dure encore. La nuit passée, j'en ai tué un. (Rire). Je ne me rappelle pas pourquoi. Quant je suis réveillé tout à fait, ça cesse et alors j'ai mal à la tête. Tous les soirs, çà recommence. Je suis très long avant de m'endormir. Je pense aux miens. »

Les voisins l'entendent remuer toute la nuit, et il parle à voix basse. Une nuit, il a crié qu'il y avait des Boches dans le coin de la chambre et il s'est levé en sursaut.

Constatation médicale de rares crises d'hystérie.

Aucun stigmate, ni aucun commémoratif d'éthylisme.

Diagnostic : Léger onirisme diurne avec cauchemars guerriers habituels. Tremblement intense de nature émotive. Atteint de l'état général. Légers troubles nerveux disséminés.

Obs. XXIV. — Caporal Pan... 25 ans. Mineur.

Entré le 18 janvier 1918.

Commotionné le 27 septembre 1916, par éclatement d'obus, Enterré par l'éclatement, dégagé par ses camarades, au bout de 10 minutes, dit-il. Il n'a repris connaissance qu'une demi-heure après, quand il arrivait au poste de secours.

Il n'a pas d'amnésie rétro ni antérograde,

« Avant l'arrivée de l'obus, je commandais un homme pour le placer en sentinelle. » Au Poste de secours, il se souvient qu'on lui a fait sa fiche avant de monter dans l'auto.

Depuis lors, faiblesse musculaire considérable, prouvée par les attitudes, l'inactivité habituelle et la dynamométrie.

Il existe une hyper-idéation émotive constante. Il est absorbé par les souvenirs de sa vie antérieure à la guerre, par des imaginations de scènes sanglantes, des malheurs familiaux. Il se plaint d'insomnie très pénibles, de cauchemars perpétuels. Le regard est triste et hésitant.

Amaigrissement et anémie extrême. La formule sanguine compte 1.260.000 globules rouges pour 3.000 globules blancs avec mononucléose.

L'examen neurologique est entièrement négatif, mis à part les troubles auriculaires : écoulement insignifiant, légère hypo-excitabilité labyrinthique gauche.

Le liquide céphalo-rachidien est normal. Le Wassermann en est négatif.

Dans ces deux cas, l'hyperfonctionnement de l'automatisme donne au tableau clinique une allure tout à fait spéciale. A notre avis, on peut insérer ici, un cas

de léthargie que paraît bien expliquer un perpétuel onirisme.

Obs. XXV. — Doucem... 31 ans. Mineur.

Entré le 24 décembre 1917.

Évacué pour commotion de Maurepas le 24 octobre 1916.

A M. Bl... on porte le diagnostic de vomissement et dysbasie hystérique, suite de troubles gastro-intestinaux (5 mars 1917.)

En septembre 1917 : Séquelle persistante du syndrome hyperémotif post-émotionnel.

A son entrée, Doucem... n'est pas conscient de l'entourage. Immobile, les yeux fixes, il sursaute quand on l'interroge comme un homme qui s'éveille. Si on agite un objet devant lui, tantôt il détourne les yeux, tantôt il reste immobile jusqu'à ce qu'on touche la paupière : ce qui le fait sursauter. La physionomie exprime l'attention la plus profonde, les yeux largement ouverts, le front légèrement contracturé, les lèvres plissées, les dents serrés, le regard fixe.

Attitudes absolument insolites. Il est assis sans appui immobile dans une position instable pendant plusieurs minutes. Il marche en croisant les pieds au point d'avoir peine à tenir debout. Il obéit assez bien aux commandements mais ne les exécute que le moins possible. Dans les intervalles de l'examen, il reprend aussitôt son immobilité, le regard fixe. Sourires continuels, figés ou grimaces. Pas de catatonie du bras levé.

Quand on lui parle, il réfléchit un grand moment avec contraction des traits, grimace, contracture et enfin la réponse vient d'une parole lente, traînante, scandant chaque syllabe.

Il sait son nom, son âge, la date (mois), le lieu.

« Pas — fou. »

« Au — front — oui, — au front longtemps — il — y a — longtemps. »

A la demande du récit de son accident il exhibe sa citation :

« Soldat brancardier de la plus grande bravoure. S'est

signalé le 29 mars 1916, en dégageant malgré un violent bombardement plusieurs hommes enfouis sous un éboulement.... »

Le voyant retombé dans son immobilité on lui demande : *A quoi penses-tu?*

« Mon-frère-oui-tu-é-aussi. »

Il écrit des lettres absolument normales qui indiquent qu'il n'est nullement confus.

Il écrit ceci au médecin :

« Ne me croyez pas pour un homme qui a perdu toutes ses facultés mentales. Je sais que vous direz que tous les fous disent la même chose.

« 1° Comme vous voyez, j'ai perdu notion de tout, c'est-à-dire que je ne puis plus m'exprimer comme j'ai perdu toute mon instruction... J'ai tout fait pour réagir, je ne puis plus, je suis miné par la grande anémie cérébrale duquel il s'est propagé des crises de somnolence à... Le Professeur B... disait que c'était des symptômes de léthargie...

« 2° Je reconnais que j'ai de fréquentes pertes de mémoire... J'ai des vomissements depuis une année...

« Je me souviens que je vous ai dit : né en 1887, 33 ans, et c'est 30 ans. Quand vous me questionnez, donnez-moi le temps de répondre, je suis toujours impressionné ».

Il a adopté une pose spéciale dans son fauteuil : renversé en arrière, le regard fixe, immobile. Pourtant il est présent. Il répond quand on l'interroge.

Il vomit tous les jours ou tous les deux jours.

Il fait à la fin de janvier plusieurs crises de léthargie.

Il est absolument immobile, les yeux sans regard. Il ne répond plus aux incitations. La catatonie existe.

L'état général est très atteint : grand amaigrissement. Le pouls est inégal à peu près régulier, très instable, variant de 84 à 128. L'auscultation du cœur montre une tendance à l'embryocardie.

Les globes oculaires sont un peu saillants. Pas de goitre.

Tremblement fin, rapide des extrémités étendues.

Liquide céphalo-rachidien normal.

En août 1918, Dou... sort de l'asile très amélioré.

Il parlait normalement. s'occupait au bureau et sortait librement. Il avait des projets d'avenir.

Conclusion : immobilité anormale allant jusqu'à la crise de léthargie avec catatonie. Distraction par attention profonde.

*
* *

L'hyperémotivité consécutive au traumatisme peut donner lieu à des manifestations extérieures bruyantes. Le sujet n'est plus absorbé en lui-même. Il extériorise son émotion.

Ces manifestations peuvent avoir lieu par décharges. Ce sont les crises de nerfs (alias crises d'hystérie). Il est intéressant de se rendre compte de leur apparition et des explications qu'en donnent les intéressés.

Voici d'abord un cas banal pris entre d'autres, où le sujet n'a eu qu'une peur :

Obs. XXVI. — Moug... 28 ans, Maréchal-ferrant.

Entré le 14 août 1918.

Un obus ayant éclaté à une vingtaine de mètres de lui, Moug... a fait une courte perte de connaissance et a été évacué pour « commotion ». A l'ambulance, il fait une crise d'hystérie classique. Evacué à l'intérieur, il présente dans le service deux crises bruyantes. C'est un insuffisant mental.

Mais d'autres fois les crises de nerfs, les décharges motrices succèdent à un traumatisme physique en même temps que mental.

Obs. XXVII. — Duter... 32 ans. Garçon livreur.

Entré le 12 juin 1918.

En juillet 1916, à Soyécourt, un obus éclatant près de lui l'a fait rouler dans un abri. « Je me suis senti dégringolé ». Perte de connaissance d'une demi-heure ou une heure. Conduit par un infirmier, il est arrivé au poste de secours. Il se rappelle des soins qui lui ont été donnés. Il est resté quelques jours au T. C., puis a rejoint sa compagnie.

Au mois de septembre suivant ont apparu des tristesses, le prenant au réveil avec pleurs sans raison, sensation de striction à la gorge. Son caractère a changé. Il a commencé à maigrir et à jaunir.

Le 4 août 1917, à l'occasion d'une réprimande, il fait une perte de connaissance d'une heure ou deux suivie de pleurs abondantes.

Ces crises se reproduisent depuis lors, en particulier à la suite des voyages en chemin de fer.

Il fait au C. N. dans les premiers jours la grande crise classique à grand spectacle.

Jugulé par un traitement approprié : éther versé sur les bourses qui arrête instamment la crise, séjour de 48 heures aux Box à la diète hydrique, il ne présente plus que des ébauches de crise. Ce sont de simples pleurs avec petite agitation, des colères d'enfant très passagères.

Or, cet homme qui affirme n'avoir pas eu de crises d'enfance, est un père de famille sérieux exerçant un métier fatigant.

Ces crises s'accompagnent de tremblements intenses à la moindre émotion, de bégaiement même à certaines périodes. La suggestibilité tactile est extrêmement développée.

Il existe de plus un état cardio-hépatique sur lequel nous reviendrons.

Obs. XXVIII. — Verg... 23 ans. Cultivateur. Entré le

9 juin 1918, sorti le 28 septembre 1918. Entré le 9 décembre 1918. Sorti le 6 janvier 1919.

Enterré par un obus le 1er septembre 1915; blessé par éclats d'obus en septembre 1916, et cette fois il a eu grand peur.

Le 18 octobre 1916, un obus est tombé à 1-2 mètres de lui à Souain. Il a perdu connaissance aussitôt, est revenu à lui au bout de 2 heures, saignant des oreilles, de la bouche et du nez. Il a souvenir des hospitalisations successives.

Il est retourné au Front le 4 Décembre 1916.

Un an et demi après il a fait une première crise d'hystérie.

Verg... raconte qu'il se trouvait changé depuis sa commotion : « J'avais des étourdissements, la tête me faisait très mal. Quand on me contrariait j'étais énervé, les larmes me partaient. Je n'étais pas comme ça avant. » Cet état a augmenté jusqu'à sa première crise; il en a fait quatre autres.

Il prétend n'avoir pas eu de crises étant enfant.

Elles n'ont apparu qu'à la suite d'une sommation des émotions. Elles vont d'ailleurs en s'espaçant puisqu'il n'en a eu qu'une pendant son séjour ici.

Il s'y ajoute une poltronnerie qui étonne le malade et qui contraste avec une belle citation à propos de sa seconde blessure.

Sujet inculte, manquant de confiance en lui-même, porteur de stigmates de dégénérescence.

On voit comment des sensations de maladie basées d'ailleurs sur des troubles organiques que nous étudierons plus loin, donnent peu à peu aux réactions automatiques une violence irrésistible. Le terme de période de méditation appliqué au temps qui s'écoule entre le traumatisme et la première crise implique une conception toute autre. Il n'est pas exact que le moindre calcul, même demi-conscient entre en jeu au début. Au

contraire, c'est malgré lui que peu à peu l'homme perd la maîtrise de son automatisme. Il en a une vague conscience. Il résiste à cette redescente dans l'émotivité d'enfance et c'est ce qui explique qu'une discipline vigoureuse jugule les crises une fois qu'elles se sont établies. Elle tend à l'homme une aide morale pour se ressaisir, pour reprendre la maîtrise de lui-même.

Il ne convient pas non plus de voir ici des suites d'une simple peur sans traumatisme physique : Verg... a eu une chute, une perte de connaissance, des otorhagies. En voici deux autres exemples pris au hasard :

Obs. XXIX. — Mart... 22 ans. Mécanicien.
Entré le 27 Décembre 1918.
Projeté en l'air par un obus à Villers-le-Sec le 25 Octobre 1918, Mart... fait une première crise en arrivant à l'hôpital. Les crises se sont répétées depuis lors. C'était un « crisard » d'enfance. Le traumatisme a amené une reprise de son hyperémotivité enfantine.

Obs. XXX. — Moll, 26 ans. Maçon.
Entré le 11 Janvier 1919.
Enterré par un obus en Août 1916 dans la Somme. Dégagé par les camarades, perte de connaissance de deux heures. La première crise est apparue le 6 Novembre 1916, précédée d'une période de troubles dyspeptiques.

*
* *

Le tableau complet de l'émotion, de la peur suite d'un éclatement proche, peut persister tel indéfiniment. Il subira des exacerbations et des diminutions, mais cependant il ne cèdera jamais entièrement.

Obs. XXXI. — Dai..., 32 ans. Automobiliste.

Entré le 22 avril 1918.

Le 15 avril 1918, renversé et affolé par un éclatement d'obus. Pas de plaie, mais bourdonnement de l'oreille gauche depuis lors.

« Je sais qu'on était bombardé, je suis revenu une fois comme affolé : un obus était tombé dans le bois à deux mètres de moi. J'étais à pied, j'ai été projeté par terre, je me suis relevé comme un fou. Je me suis sauvé, j'étais tombé sur le côté droit, je me suis un peu cogné la tête à un arbre... Ils sont arrivés à trois ou quatre ensemble... Je les ai entendus siffler, je me suis caché derrière un arbre et j'ai été culbuté ; après j'ai couru comme un fou. »

Il n'a été évacué que huit jours après avec le diagnostic : Commotion par obus, troubles légers de la parole et de la mémoire. Il présente depuis lors :

1° Un tremblement constant, mais variable d'intensité, généralisé, prédominant au membre supérieur droit ; tantôt c'est un fin tressaillement rapide avec des décharges plus amples, tantôt ce sont de vraies secousses choréiformes, agitant les deux membres supérieurs. C'est du tressaillement.

2° Un bégaiement léger accompagné d'extension convulsive de la tête et de secousses de la face.

3° Un état de rigidité des membres supérieurs et des muscles respiratoires : tel que le thorax est constamment à la phase inspiratoire et ne retombe que de loin en loin. Pas d'emphysème pulmonaire.

4° Exagération des réflexes tendineux mais particulièrement des rotuliens. Diminution de la réflectivité cutanée. Pas de signe de Babinski.

5° Abolition des réflexes cornéen pharyngé ; la sensibilité est normale si on en juge d'après les réactions spontanées, car l'état psychique du malade ne lui permet pas de réponses précises à ce sujet.

Dai... accuse une céphalée permanente (une sensation de serrement), des insomnies constantes, des cauchemars qui lui sont très pénibles (scène de guerre, de meurtres, d'accidents de voiture). Il se plaint de souffrir du soleil, de la chaleur, du bruit.

L'activité n'est pas diminuée. Il s'occupe dans le service et n'a pas de sensation de fatigue. Irritabilité extrême contrastant, dit-il, avec son état antérieur.

Tristesse : « Je pense que je ne guérirai jamais. Je suis un homme perdu. Vers 40 ou 42 ans, je serai mort. Mon père est mort tout jeune, ma mère est morte à 28 ans, ma sœur qui est veuve aussi! Ah! la guerre me fait bien du tort » (et il se met à pleurer).

L'attention volontaire est diminuée, les notions scolaires à peu près conservées. La mémoire des faits de sa vie très diminuée globalement, tous les souvenirs sont vagues, les anciens plus que les récents. On ne trouve pas d'amnésie lacunaire.

Il existe de légers troubles somatiques sur lesquels nous reviendrons. Légère inégalité pupillaire, faiblesse musculaire, très légère paralysie faciale inférieure gauche. Liquide céphalo-rachidien normal. Tachycardie permanente à 100, sans hypertension. Mauvais état général, amaigrissement. Anémie à 3.400.000 avec leucopénie et mononucléose.

N'a pas eu de crises de nerfs.

Obs. XXXII. — Verhey..., sergent, 32 ans. Mineur [Photo].

Commotionné par éclatement d'obus le ? novembre 1914, au bois de la Gruerie, sans plaie.

Il s'est retrouvé dans un lit d'hôpital, bégayant et tremblant. Le tremblement a augmenté progressivement. Réformé temporaire, puis passé service auxiliaire. Le tremblement avait alors diminué. Il a commencé à travailler à la mine le 20 avril 1917.

Le tremblement a reparu, intense et a dû faire cesser le travail en novembre.

Actuellement il accuse des céphalées passagères, lancinantes dans la région pariétale gauche, spontanées ou provoquées par les efforts, la lumière vive.

Il se plaint surtout d'un état d'énervement continuel. Il est exaspéré par le bruit, la lumière, la fatigue. Il ne peut supporter un examen prolongé.

Quelques vertiges. Pas de sensation de fatigue. On constate :

Un tremblement intense, prédominant au membre supérieur droit et à la cuisse droite. Fine trémulation quand le malade est au repos ; elle devient un tremblement intense par la marche, la station debout prolongée, les mouvements de force. Pas de caractère intentionnel. Caractère pseudo-parkinsonien du tremblement des membres supérieurs pendant la marche (émiettement). Tremblement de la tête.

Bégaiement médiocre accompagné de secousses de la tête, de contractions vives de la face. La parole est un peu explosive. Nystagmus spontané avec exagération de fréquence des clignements d'yeux. Légère polypnée.

État de spasticité constant : impossibilité de relâchement des membres. Impossibilité de laisser les mains pendantes au garde-à-vous.

Réflectivité tendineuse exagérée, davantage à droite. Exagération de tous les réflexes cutanés.

Ébauche du signe des Sternos.

Hypéresthésie généralisée de nature psychique, mais pas de troubles objectifs aux diverses sensibilités (tactile, piqûre, thermique, discrimination, sens musculaire, stéréo-diagnostic, baresthésie).

Pas de troubles vaso-moteurs. Pas de crises de nerfs.

Liquide céphalo-rachidien normal.

Hyper-excitabilité galvanique avec chute constante à droite. Pas de troubles caractérisés de la démarche.

Pas d'inégalité pupillaire.

État général médiocre avec anémie à 2.200.000 globules rouges et leucopénie intense 150.000 avec mononucléose ; tension artérielle normale.

Résistance cardiaque normale à l'épreuve de Lian. Force musculaire relativement conservée.

L'examen psychiatrique révèle une anxiété légère en rapport avec l'hyperfonctionnement de l'automatisme, cauchemars toutes les nuits, sans caractère éthylique. L'attention, la conduite, les notions scolaires sont normales.

Il existe une amnésie lacunaire totale correspondant à la période de commotion, d'une durée de trois mois et suivie d'une période crépusculaire. La dysmnésie antérograde qui s'étend sur tout son passé est moins marquée que la dysmnésie rétrograde qui dure encore.

Ce sous-officier précédemment énergique (d'après le dossier, belle citation) est encore plein de bonne volonté et très capable de commander.

Il est impossible de ne pas rapprocher ces deux dernières observations; c'est le tableau de l'émotion intense qui domine : le tremblement, la spasticité avec exagération des réflexes, le bégaiement, les troubles respiratoires, l'irritabilité, les cauchemars, l'anxiété légère et pourtant l'un d'eux n'a eu qu'une courte peur et l'autre présente une longue amnésie lacunaire. Il faudrait dire l'un émotionné, l'autre commotionné.

Ce serait trop contraire à la dominante du tableau clinique. Tous deux présentent des manifestations émotives intenses : il y a persistance et de la peur et de la mimique de la peur. De plus, ces deux observations étroitement liées diffèrent par la présence chez Dai....

de petits signes nerveux, tels l'inégalité pupillaire, la tachycardie permanente, la faiblesse musculaire, alors que les signes objectifs d'atteinte du système nerveux manquent chez Verhey... Nous ne croyons pas qu'on doive voir là autre chose qu'un détail que nous étudierons en son lieu. Nous croyons qu'il faut maintenir unies ces deux observations.

Faisons défiler maintenant quelques observations similaires en nous attachant surtout aux troubles psychiques émotionnels.

Obs. XXXIII. — Puber... 24 ans. Cultivateur.

Entré le 21 octobre 1917.

Commotionné le 15 septembre 1915 au château de Vauclerc par éclatement de torpille.

Il se rappelle du moment où il était dans la tranchée. Il a perdu connaissance mais n'a pas été évacué tout de suite. 8 jours d'infirmerie pendant lesquels il avait mal à la tête et avait la respiration gênée ; il bégayait et tremblait un peu.

Il a eu diverses autres émotions depuis lors : un coup de hachette sur le pouce que lui a, par mégarde, donné un camarade. A l'annonce de la mort de son frère crise de nerfs, la première.

Actuellement on constate un tremblement généralisé prédominant aux membres inférieurs, de rythme variable, du bégaiement, du nystagmus, de l'exagération des réflexes tendineux avec faux clonus.

Le malade se plaint de céphalées, d'essoufflement à la suite d'efforts, de sommeil agité, de cauchemars guerriers toutes les nuits. Irritabilité.

Un peu de découragement, mais activité générale peu diminuée. Pas de diminution appréciable de la mémoire. Constatation médicale de crises de nerfs à plusieurs reprises

(mouvements désordonnés, sauts de carpe; crise de longue durée).

Mauvais état général. Amaigrissement.

Anémie à 2.520.000 globules rouges avec leucopénie.

Affaiblissement musculaire.

Troubles de la régulation thermique.

Examen neurologique entièrement négatif mais cependant légère hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien avec lymphocytose à 4 lympho par rectangle de la cellule de Nageotte. Wassermann négatif.

Cette observation relie ce groupe au précédent par l'existence de crises de nerfs.

Obs. XXXIV. — Lachur..., 41 ans. Cultivateur.

Entré le 24 janvier 1918.

Troubles commotionnels par éclatement de torpille, le 10 septembre 1917.

« Une torpille m'a culbuté. J'ai vu la torpille qui venait en face de nous. Elle est tombée à quatre pas de moi...

Ça te fait encore peur?

« Oh oui... quand j'y pense...

« Des fois j'ai peur la nuit; il me semble qu'il m'arrive quelque chose sur moi... (il ferme les yeux et tremble plus fort).

« Quand elle est arrivée j'étais à genoux, je n'ai pas regardé... L'éclatement m'a rendu sourd...

« Mes camarades m'ont emmené.. Un autre coup de canon m'a fichu par terre... alors j'ai perdu connaissance je me suis retrouvé à Souilly... Je ne savais pas où j'étais... Je tremblais. »

Actuellement gros tremblement généralisé tel qu'il trouble la marche, la parole, les mouvements des membres supérieurs.

Syndrome d'hyperidéation très marqué : insomnie, cauchemars très fréquents sans caractères éthyliques, uniquement guerriers.

« Parfois je vois du feu. Il me semble que ça fait du bruit vrou.... » (Et d'un geste très vif, il lance les deux bras en l'air).

Il s'isole parce que : « Quand ils causent de la guerre, les camarades, alors j'ai peur... J'ai peur quand ils parlent de torpille... »

En parlant il ébauche un rictus de peur, son tremblement devient tel que la parole est hachée.

On l'a renvoyé deux fois au front. Il y a eu à chaque fois des crises nerveuses qui l'ont fait évacuer.

Constatation médicale de crises d'hystérie dans le service.

Les viscères, le système nerveux sont normaux.

L'état général est bon. Anémie modérée.

Mentalité d'insuffisant mental avec quelques stigmates de dégénérescence.

Quatre mois après, l'émotion causée par la torpille, cet homme en souffre encore. Il revit continuellement cette scène. On s'explique d'ailleurs fort bien cette terreur quand on a vu des torpilles en l'air.

Obs. XXXV. — Frie.... Sergent, 26 ans. Mécanicien.

Entré le 7 juillet 1917 et le 9 septembre 1918.

Blessé par balle à la cuisse gauche en janvier 1915.

Contusionné de la tête et commotionné par obus le 12 juin 1917, à Craonne.

Il sait qu'il a reçu un rondin sur la tête dans l'éclatement. Il s'est retrouvé dans un lit d'hôpital à Provins. L'un de ses premiers souvenirs est la visite de sa mère.

Un mois après le traumatisme, à son entrée au C. N., il présentait une astasie-abasie très marquée.

Il était incapable de garder longtemps la station debout. Sa démarche était spasmodique au plus haut degré, pendulaire. Les mouvements étaient d'une brusquerie telle qu'ils lui faisaient perdre l'équilibre à tout moment. Il frappait le sol avec grand bruit. Les pas étaient d'une inégalité extrême et presque toujours trop grands. L'oubli du mécanisme de la marche était si complet qu'il faisait fréquemment deux pas de suite du même pied. Parfois sa marche était brusquement arrêtée parce que le corps se penchait en arrière. Il oscillait, paraissant devoir reculer, puis il repartait.

Les membres supérieurs et la parole extrêmement scandée présentaient le même rythme que la marche; toute la motricité du sujet répondait à la figure prosodique — — ∪ ∪ indéfiniment répétée.

Pareille tension de tout le corps amenait un épuisement rapide.

Puis Frie.... avait des mouvements choréiformes surtout marqués au membre supérieur gauche, la jambe gauche se détendait brusquement comme un ressort 10-15 fois par minute.

Réflexes tendineux tous exagérés et inégaux. Ils sont plus forts à gauche, mais il faut remarquer que la percussion provoque des mouvements d'agitation défensive qui, pour être très vifs et involontaires n'en sont pas moins en rapport non avec un trouble organique mais avec l'hypéresthésie cutanée extrême de tout le corps.

Pas de signe de Babinski. Pas de troubles vasomoteurs, ni trophiques, ni pupillaires. Réflexe oculo-cardiaque normal. Liquide céphalo-rachidien normal. Très petite augmentation de volume du corps thyroïde.

État général médiocre.

Il se plaint d'un énervement constant, de cauchemars guerriers. Il évite de parler des souvenirs du front. « Oh! je n'en parle pas. Ce n'est pas assez gai. Mon accident me revient à tout moment. Ça ne dure pas. Je suis en train de

causer avec quelqu'un d'un sujet tout différent de la guerre ; tout d'un coup il me vient cette idée.... On ne peut pas appeler ça une vision. Mais j'y pense absolument comme si j'y étais. Il me faut un petit moment pour me ressaisir, pour revenir à la conversation. L'interlocuteur s'en aperçoit quelquefois ».

Frie... a été très amélioré par la rééducation.

Revu en septembre 1918, il marchait beaucoup mieux, la force musculaire des membres inférieurs était redevenue normale. Mais ses promenades sont encore limitées par la fatigue et l'effort d'attention extrême qu'elles imposent. Il peut marcher maintenant quelques centaines de mètres.

L'attention est diminuée du fait de la précipitation constante.

Or c'est un microcéphale avec stigmates marqués de dégénérescence dont l'intelligence n'est pas suffisante pour lui permettre de reprendre entièrement la maîtrise de lui-même.

C'est d'autre part un bégayeur d'enfance. On peut dire qu'il bégaie de tout le corps depuis sa commotion.

Obs XXXVI. — Faga... Sergent, 33 ans.

Entré le 12 mai 1917.

A l'âge de 8-10 ans, chorée qui a laissé de légers mouvements consécutifs.

Vers 23 ans, irascibilité, émotivité extrême, au point de ne pas pouvoir travailler pendant 6 mois.

Reprise des mouvements choréiques en même temps.

Seconde reprise de chorée à l'occasion des éclatements de mine au front, vers le début de 1917.

« Ces éclatements de mine! Je n'étais plus maître de moi. J'étais pris de tremblements des jambes les jours de bombardement. Par moments, je voyais arriver des choses fantastiques, des boules de feu géantes, des masses de terre qui se soulevaient à l'horizon, je voyais une colline se soulever

et l'air était obscurci par la projection des matériaux. Je croyais que c'était vrai. Çà durait quelquefois une demi-heure. Çà se renouvelait; j'allais et je venais sans discontinuer. Mes yeux se promenaient au-dessus de la tranchée. Je guettais tout le temps. La boule de feu roulait, roulait et arrivait sur moi. Çà disparaissait sans me toucher pour revenir un moment après.

« Çà m'obsédait même en présence de quelqu'un. Je causais tout en guettant la chose qui me préoccupait ».

Actuellement, mouvements intenses et continuels du côté gauche, membres et face. On ne peut pas les qualifier de choréïques parce qu'ils sont toujours les mêmes et ont un but : C'est un tic de Salaam très développé : mouvement d'élévation et de rotation de l'épaule gauche avec contracture, synchrone du peaucier gauche accompagné d'extension brusque de l'avant-bras sur le bras et d'adduction de tout le membre tel qu'il claque le long du corps. Tous les muscles font saillie, les veines sont turgescentes, le côté gauche ruisselle de sueur.

Le malade explique qu'il a une sensation de prurit au bord interne du bras et au côté gauche.

Ces mouvements se produisent par décharges d'intensité variable. parfois telles qu'on perçoit un coup de glotte.

Il peut les diminuer par la volonté dans la position couchée, en respirant lentement, mais ils reprennent aussitôt après.

Ces mouvements ne l'importunent pas. Il ne cherche pas à lutter avec eux. Il n'en est pas obsédé.

A ce tic moteur s'ajoute un état d'excitation émotive intense.

Aux paroxysmes, le visage passe continuellement de l'expression du rire, à la tristesse et aux pleurs. Jean qui pleure...Jean qui rit.

« Quand je pleure, c'est quand tout me semble triste. Je vois les feuilles tomber. Je ne pense qu'à la mort. Quand

les cloches sonnent, je pense que c'est le glas. Je me mets à fredonner le Requiem.

« Quand je ris, je me rappelle qu'étant gamin, étant à table ma mère me disait : As-tu fini de rire. Si bien que je finissais par recevoir une gifle.

« Mais c'est quand le temps est sombre, quand je vois les feuilles qui tombent, que je suis triste; j'ai des tristesses qui sont calmes. D'autres fois, j'ai des fureurs. Je ne sais à qui m'en prendre. Je pense que je suis plus malheureux que d'autres. Oui, puisque tout pour moi aboutit là — au néant, à la tristesse. J'ai vu l'autre jour des génisses en me promenant. Il m'a semblé qu'elles étaient tristes, tout a l'air de leur peser. Il me semble que tout est triste autour de moi.

« Je souffre de cette tristesse, et plus c'est triste, plus je..... C'est un peu une volupté pour moi si le mot peut bien.... L'autre jour, l'infirmier m'a dit : C'est trop triste votre petite chambre. C'est vrai qu'elle est triste, c'est pour cela qu'elle me plait. J'ai remarqué souvent qu'avant une grande tristesse, j'avais avant un grand mouvement de joie, d'exubérance. Je chanterais de toutes mes forces et je redeviens triste ».

Et cependant, sa figure passe du rire aux pleurs.

Il passe certaines journées blotti sous ses couvertures, pleurant et sanglotant : « J'ai été contrarié aujourd'hui. On m'a refusé un colis à la poste. Je suis parti parce que sans cela je me serais mis en colère. J'essaie de me maîtriser. Je lutte, mais j'entends causer autour de moi, ça m'agace. Autant j'entends de pas sur le parquet, autant ça me crochette les nerfs. Je me sens ridicule. Je le comprends bien. Je finis par me surmonter ».

Examen somatique et neurologique entièrement négatif. Examen du cœur, négatif.

Bon état général.

Aucun traitement médicamenteux, aucun alitement n'a amené d'amélioration.

La rééducation de ce sujet extrêmement énergique, capable

de continuer seul une direction donnée, a été capable de produire une diminution des mouvements choréiques. Mais étant en réforme temporaire, à Paris, un raid d'avions l'a bouleversé. Il a passé une heure et demie dans une cave tremblant au point de ne pouvoir parler.

Il bégaie depuis lors, tandis qu'à son premier séjour la parole n'était qu'à peine scandée. Il est extrêmement agité, ne dort plus et il a reperdu ce que la rééducation avait obtenu. Les mouvement sont plus vifs que jamais.

Nous avons rapporté tout au long cette observation parce que le sujet capable de s'analyser décrit très bien ce passage perpétuel d'une émotion vive à une autre. C'est le type du déséquilibré émotif. Il n'est pas possible de voir là un cas de chorée de Sydenham à reprises.

Si vifs que soient les mouvements, ils ne sont pas désordonnés. L'accès serait d'une durée démesurée. Il a été observé un an et demi. Aucun traitement médicamenteux n'a agi. La reprise s'est faite à propos d'une émotion et un nouveau signe émotionnel, le bégaiement est venu compliqué ceux qui existaient antérieurement. On peut même supposer que ce qu'il appelle chorée d'enfance n'était que du nervosisme, des tics.

A noter qu'il n'a pas, dit-il, bégayé dans l'enfance mais que son père bégayait.

*
* *

Il peut arriver que le désordre moteur provoqué par une émotion intense persiste localisé et non plus généralisé. L'émotion tend à se reproduire indéfiniment à propos de tout et à propos de rien, comme dans le

groupe précédent, mais elle n'amène plus la perte totale de la maîtrise motrice.

Le sujet habituellement calme est repris par son émotion quand il doit parler ou écrire.

Obs. XXXVII. — Pénic..., Caporal. Bachelier, 22 ans. Entré le 29 Avril 1918.

Commotionné le 16 décembre 1916.

« J'étais dans mon petit abri. Un obus est tombé sur le parapet de la tranchée, j'ai eu des tournements de tête. L'abri s'est écroulé sur moi, je me suis dégagé seul, je ne tremblais pas à ce moment-là ; ça m'a commencé dans les jours suivants, je me suis aperçu que mon poignet droit avait des secousses en écrivant. Le tremblement a pris de l'extension dans le second mois et je ne peux plus écrire ».

Actuellement on constate que le membre supérieur est immobile quand le sujet est couché, au garde-à-vous ou marchant.

Si on lui dit de prendre un objet de la main droite, il y a un temps très net d'hésitation avant la préhension de l'objet. Puis quand il l'a saisi, son membre est animé de secousses violentes de plus en plus amples. Pour reposer l'objet, il ne le peut au commandement. Sa main frappe à plusieurs reprises sur la table avant de pouvoir s'ouvrir.

L'allure rappelle celle de la maladie de Thomsen mais les réactions électriques sont absolument normales. Pour écrire, les secousses du bras droit sont d'une amplitude et d'une violence telles que la table en est agitée.

« J'ai la sensation de n'être pas maître des mouvements de mon bras droit, dit-il ».

C'est là un caractère intentionnel du tremblement porté à l'extrême.

Les muscles sont plus saillants qu'au bras gauche. Il n'y a pas d'hypertrophie anormale à la mensuration.

Examen neurologique entièrement négatif.

Médiocre état général. Anémie à 3.250.000.

Le sujet souffre de plus d'insomnies, mais n'a pas de cauchemars.

Pas de sensation d'énervement en dehors des moments où il lui faut écrire en présence de quelqu'un.

Gros stigmates de dégénérescence.

Revu 6 mois après, amélioré. L'écriture est devenue possible, encore que traversée par de nombreuses secousses involontaires.

C'est une véritable crampe des écrivains survenue à la suite de l'émotion d'un ensevelissement par obus.

Obs. XXXVIII. — Sergent Baud... 30 ans. Eleveur.

Entré le 10 février 1917.

Blessé le 23 octobre 1914, par éclat d'obus.

Plaie pénétrante du thorax, aujourd'hui totalement guérie.

Il se rappelle de l'arrivée de l'obus, de la flamme, des bras et des jambes des camarades volant en l'air, puis il a perdu connaissance. Il s'est reconnu à l'hôpital, 3 semaines après.

Il semble, d'après ses dires, qu'il était alors un peu confus. Son tremblement s'est installé progressivement.

Il tremblait des deux membres supérieurs, puis le tremblement a cessé à gauche et a persisté à droite.

Il s'est inquiété de perdre l'usage de la main droite. C'est un gros propriétaire terrien qui a besoin d'écrire pour gérer ses affaires.

Il avait des moments de pleurs, d'abandon; d'autres fois il s'irritait contre lui-même.

Il estime n'avoir retrouvé son aplomb mental qu'en février 1915.

Le tremblement actuel consiste en mouvements choréiformes incessants de l'avant-bras et des doigts de la main droite. Les doigts sont raidis en extension.

Pas d'amyotrophie, ni d'hypertrophie anormale.

Pas de troubles vaso-moteurs, ni réflexes.

Bon état général.

Il compte qu'il ne guérira pas et un découragement qu'il arrive encore à contenir, s'est peu à peu établi en lui. Il se prête de mauvaise grâce à divers traitement : Electricité, immobilisation du membre, aspirine, arsénic, etc.

Lorsqu'on immobilise le membre, le tremblement persiste sur place : danse musculaire avec violence.

Obs. XXXIX. — Caporal Gir... 35 ans. Artiste-peintre.

Entré le 30 juin 1918.

Le 5 mai 1917, Gir... a été enterré par un obus.

Dégagé aussitôt après par les camarades, il a repris son rang dans la tranchée, mais un second obus ayant éclaté près de lui, il perd connaissance et est évacué.

Le surlendemain, il a repris ses sens. Il ne tremblait pas. Il est resté quelques mois à l'ambulance.

Le diagnostic porté a été : dépression neurasthénique anxieuse avec céphalée, vertiges, insomnies, suite de grosse commotion par obus multiples.

Gir... affirme qu'à sa sortie de l'ambulance il avait quelques secousses dans le membre supérieur droit.

Ces secousses ont augmenté au point qu'en mars 1918, dix mois après le traumatisme, il ne pouvait plus manger.

Revenu au front le 30 avril 1918, il en était évacué le 3 mai, sans avoir pu servir.

A Beauvais, un traitement électrique de deux mois amena, dit-il, les secousses à l'état actuel.

On constate un tremblement à grandes oscillations régulières de l'épaule droite, contractions spasmodiques du trapèze sans participation du sterno, avec clignotement synchrone des paupières et parole scandée de même rythme.

Une émotion, la marche, un effort accélèrent le rythme, mais très peu l'amplitude.

Ces mouvements extrêmement puissants peuvent être diminués, mais non maîtrisés par la contention.

Réflectivité, sensibilité, vaso-motricité normales.

C'est un anxieux qui souffre beaucoup mentalement de ne plus pouvoir exercer son métier. Il fait des efforts désespérés pour se tromper lui-même, affirmant chaque matin, contre toute évidence, que ça va mieux. Il s'impose des traitements d'immobilisation, gros poids sur l'épaule.

Il s'essaie à dessiner tout de même. Et un jour, il fait l'aveu de son désespoir avec une explosion de pleurs lamentables : « Ah! Et tout ça ce n'est rien. C'est que je ne peux plus peindre! »

Il se plaint de plus de céphalées, de bruits dans les oreilles, d'insomnie, de troubles dyspeptiques.

Examen somatique entièrement négatif.

Bon état général.

Ces observations montrent bien la période de méditation qui précède l'établissement du tremblement. La réaction psychique est ici indéniable. Le sujet a peur de perdre la main droite dont il connaît la valeur et il la perd parce qu'il le craint.

Nous n'avons pas observé de cas semblables chez des cultivateurs.

Nous atteignons ici la limite des suites pures de l'émotion de guerre. Les réactions psychiques apparaissent. Gir... a déjà des préoccupations hypochondriaques.

*
* *

Nous estimons que les muets appartiennent à la catégorie présente : perte de la maîtrise motrice normale localisée à une fonction.

Il n'y a pas perte de la fonction puisque très souvent une application électrique suffit à leur rendre l'usage de la parole. Si plusieurs séances sont nécessaires, on ne peut parler de rééducation de la parole au sens propre du mot, mais seulement de reprise de la maîtrise de soi-même.

Dire que ces hommes sont « bavards de geste » n'exprime pas le caractère essentiel de leur agitation. Les mouvements très violents qu'ils exécutent ont pour but, pensent-ils, de favoriser le jeu des muscles respiratoires et phonateurs. C'est en cela que consiste leur perte de la maîtrise motrice et non pas en phénomènes inhibiteurs.

Obs. XL. — Mor... 40 ans. Propriétaire de marais salants. Entré le 13 janvier 1917.

Contusionné et commotionné à la Côte du Poivre le 15 décembre 1916 (billet d'origine).

Arrivé ici couvert de boue, les vêtements en désordre, ne parlant pas, restant alité de fatigue.

Il se fait comprendre par signes ou en écrivant sur son carnet. Il n'entend pas ce qu'on lui dit, mais comprend bien les ordres écrits.

1er Février. Le malade commence à se lever. Il marche en se tenant aux murs. Il regarde tout autour de lui d'un air profondément étonné. Il ne parle pas. Il manœuvre ses mâchoires avec force faisant de vives contorsions du visage, mais il n'émet aucun son.

Diagnostic : surdi-mutité émotionnelle.

L'examen du laryngologiste montre que les cordes vocales se rapprochent normalement, mais ne vibrent pas, n'émettent aucun son.

Ceci est contraire à la remarque de Liebault (1916), qui

prétend que les muets ne peuvent faire voir leur larynx.

Inspiration de poudre de vératrine provoque une toux sonore qui amorce le traitement. Quelques applications électriques lui rendent progressivement la parole. Mais il est plein d'une telle bonne volonté, il fait des efforts si violents pour parler qu'il en fait une crise de nerfs et se roule à terre.

La guérison complète est obtenue en quelques séances.

Obs. XLI. — Tardos, 21 ans. Pâtissier.

Entré le 18 juin 1918.

Blessé le 17 mai 1918, par éclat d'obus à Courcelles. Deux plaies superficielles. Il a perdu connaissance pendant une heure. Ensuite il était terrifié et tremblait. Il faisait de vains efforts pour parler.

Mutisme complet. Quand il veut répondre, il contracte très violemment tous les muscles de la face à plusieurs reprises, raidit tous les membres, et après une minute environ, il émet une syllabe qu'il répète en bégayant mais il ne peut aller plus loin. Il y ajoute de bruyants mouvements de succion des lèvres et des gestes d'impatience et d'impuissance.

Un traitement électrique arrive à le faire parler, mais il continue à bégayer. L'enquête de gendarmerie établit qu'il bégayait auparavant.

Examen neurologique entièrement négatif.

Cauchemars guerriers toutes les nuits.

Activité générale normale.

*
* *

Telle nous paraît être la série des désordres principaux engendrés par la persistance de l'émotion causale : onirisme terrifié, peur et tremblement, troubles d'une fonction (écriture, parole). Il s'agit dans tous ces cas de la perte de la maîtrise normale.

Ainsi nous ne faisons qu'illustrer la remarque de notre maître Gilbert Ballet : un grand nombre de « commotionnés » sont des émotionnés. « L'état commotionnel n'est qu'une émotion-choc intensifiée et fixée ».

Nous ajoutons que cette émotion peut être la suite d'une simple peur, comme d'un traumatisme physique violent d'un ébranlement de tout l'être, et que d'autre part nous avons pour ainsi dire dissocié nos observations en ne nous attachant qu'à la partie psychiatrique. Les mêmes malades peuvent être envisagés au point de vue neurologique, et ils nous montreront alors des troubles nerveux ou humoraux dont la distribution ne cadre pas avec celle des états psychiques.

Mais auparavant nous allons passer en revue quelques stéréotypies consécutives à des éclatements proches d'obus.

VII — LES STÉRÉOTYPIES DE LA PEUR

Du complexus émotif la mimique peut persister seule. Sans en être ému, sans y songer, le sujet qui a été émotionné par un obus peut reproduire indéfiniment les apparences de la frayeur.

Obs. XLII. — Jup..., sergent, 27 ans. Comptable.

Entré le 16 août 1917.

Etant au repos dans un village, le 29 août 1917, Jup... s'est trouvé seul pendant un bombardement. Il s'est réfugié dans un petit abri superficiel. Il y était depuis une heure quand un obus est arrivé sur l'abri et l'a bouleversé. Projeté à terre Jup... dit s'être relevé une demi-heure après, étourdi et sourd. Il regagne à pied son cantonnement et y reste couché deux jours, fatigué.

« J'ai commencé alors à avoir des nervosités ; ça a été en croissant ».

Actuellement il présente un tic incessant : tous les muscles peauciers se contractent donnant une expression de frayeur en même temps que la tête exécute un mouvement de rétraction sur les épaules qui se soulèvent brusquement. Les membres inférieurs ébauchent un mouvement de flexion.

C'est tout le corps qui exprime la frayeur : le sujet qui manque de tomber à la renverse.

On peut compter une trentaine de mouvements à la minute.

Ceci ne s'accompagne pas d'hyperémotivité, à la grande différence de Fag... ou Frie...

Examen somatique entièrement négatif.

L'état mental est celui d'un neurasthénique constitutionnel qui énumère de multiples causes de plaintes hypochondriaques, sans rapport avec son séjour au front. Il insiste en particulier sur une phtisiophobie qui est antérieure à son incorporation.

Sujet faible de volonté.

Quelques cauchemars non guerriers; quelques insomnies.

Obs. LXIII. — Beut..., 34 ans. Horticulteur.

Entré le 21 mars 1917.

Blessé par éclat d'obus au pied le 16 février 1915.

Le 28 octobre 1915, à Cormicy, un obus l'a enterré complètement.

Ses camarades l'ont déterré : il était alors tout électrisé. Il n'avait pas perdu connaissance. Il était dans l'état actuel.

L'expression mimique de la frayeur est très complète : sanglots par brusques contractions du diaphragme avec élévation : synchrone des épaules en masse et contractions vives des orbiculaires des paupières, des frontaux, des élévateurs de la lèvre supérieure, du tremblement fibrillaire des masseters.

Ces secousses sont continues; on en compte une vingtaine à la minute. Elles sont exacerbées par la parole, les émotions. Elles ne cessent pas complètement dans le sommeil. Elles avaient totalement disparu pendant un violent accès d'ivresse.

C'est presque un cas d'aboiement hystérique.

Mentalité infantile.

Cauchemars professionnels, éthyliques.

Amélioré par le traitement.

Obs. XLIV. — Gram..., 36 ans. Cordonnier.

Entre le 26 février 1917.

Commotionné le 21 juillet 1916.

« J'ai été soulevé en l'air et projeté par un obus. Je n'étais pas blessé. Une demi-heure après, les tremblements m'ont commencé. »

Evacué le lendemain.

Traitement électrique à Amiens. Rééducation. Il avait alors les jambes raides.

Actuellement, tremblement de tout le corps consistant en :

1° Secousses convulsives de la paroi abdominale. Les droits antérieurs en particulier se contractent avec violence une quinzaine de fois à la minute, beaucoup plus fréquemment dans les paroxysmes. Les secousses sont telles qu'elles ébranlent tout le corps, gênant la marche. Elles ne cessent pas par le repos et s'atténuent sans disparaître dans le sommeil.

2° Tremblement des cuisses et des jambes prédominant à droite, constant, plus marqué dans la station debout. Dans la position assise, le talon frappe le sol rythmiquement. La flexion extrême du pied diminue le tremblement de la jambe mais ne l'arrête pas complètement.

Le reste du corps est ébranlé constamment, en particulier la racine des membres supérieurs par les contractions abdominales. Léger tremblement de l'avant-bras.

Réflexes tendineux exagérés, surtout les rotuliens.

Aucun autre trouble neurologique.

Examen viscéral négatif.

Sujet tranquille ne se plaignant que de quelques cauchemars et de rares céphalées.

Voici trois cas où l'expression mimique de la frayeur est le seul terme qui convienne à la dominante clinique. Le premier ébauche continuellement le geste de l'homme qui tombe à la renverse de peur. Les deux autres sont

saisis à la gorge et laissent échapper un sanglot de frayeur.

La nature émotionnelle de ces accidents est si évidente qu'elle permet d'étendre la notion à des tremblements dont la physionomie est un peu moins caractérisée :

Obs. XLV. — Delval..., 38 ans. Maçon.

Entré le 11 décembre 1916.

Commotionné le 6 septembre 1915, à Berry-au-Bac, sans contusions ni plaie (billet d'origine).

Paraplégie hystérique à Tours, 28 février 1916.

« Cet homme qui marchait appuyé sur deux infirmiers a pu marcher seul après une séance de torpillage et a continué depuis ».

A son retour au dépôt, mis en observation pour tremblement qui existait dès le début, affirme le malade.

Actuellement hémi-tremblement du côté gauche, secousses rapides inégales et irrégulières du quadriceps, en particulier du vaste interne et de tous les muscles de l'avant-bras.

Elles cessent momentanément quand le malade serre un objet et reprennent aussitôt après, plus fortes.

Le froid, l'émotion, la volonté de ne pas trembler augmentent les secousses.

Spasticité très marquée. Exagération des réflexes tendineux et musculaires. Pas de signe de Babinski.

Pas de trouble de sensibilité objective.

Pas d'amyotrophie, ni d'hypertrophie anormale.

Diminution de la force musculaire à gauche.

Fréquents dérobements de la jambe gauche troublant la marche.

Examen somatique négatif par ailleurs.

Alitement, traitement bromuré et arsénical, appareil d'immobilisation en position de relâchement des muscles trembleurs n'amènent qu'une amélioration insignifiante.

Obs. XLVI. — Pellet..., caporal, 29 ans. Cultivateur.

Entre le 17 novembre 1916.

Au cours d'un bombardement, sans avoir été commotionné le caporal Pellet.... a été pris de tremblement des jambes qui lui refusaient presque le service, le 1er octobre 1916.

Depuis lors, il danse continuellement sur les jambes dans la station debout et la marche. Le tremblement persiste atténué dans le décubitus. Les muscles trembleurs sont les vastes internes des quadriceps cruraux.

D'abord il n'y a que danse de la rotule par contractions du vaste interne, puis la rotule s'immobilise par contracture de tout le quadriceps, les muscles de la face postérieure de la cuisse entrent en jeu et des mouvements de flexion et d'extension du genou se produisent. Enfin au degré le plus fort les muscles de la jambe se contractent eux aussi et des mouvements de flexion-extension du pied sur la jambe viennent compléter le tremblement des membres inférieurs.

Ce tremblement peut être arrêté par le raccourcissement du vaste interne, alors que l'élongation de ce muscle le provoque;

Le sujet debout, les genoux en hyper-extension, les membres en rotation interne ne tremblent pas.

Ce fait a permis une rééducation longue qui a été entièrement couronnée de succès.

D'abord le tremblement a disparu dans la marche ordinaire, existant encore dans la station unipède et la montée des escaliers.

Puis ces troubles eux-mêmes ont disparu.

Sujet sorti entièrement guéri au bout de 6 mois de traitement.

Il semble que l'on puisse comprendre ainsi la localisation du tremblement émotionnel de cet homme.

Une fracture ancienne de jambe gauche n'a laissé d'autre trace qu'une très légère hydarthrose reparaissant de loin en loin et accompagnée d'une amyotrophie très peu marquée du

quadriceps gauche. Cette légère diminution de résistance à la station debout peut avoir amorcé le dérobement de jambe par émotion.

Pas de troubles neurologique.

Mentalité absolument normale. Pas de cauchemars. Sujet de bonne volonté.

Obs. XLVII. — Bounar..., 34 ans. Cultivateur.

Entré le 24 janvier 1918.

Troubles commotionnels internes consécutifs à un éclatement rapproché de gros projectiles (billet d'origine, 12 juillet 1917).

Précédemment, deux fois blessé superficiellement.

A l'ambulance : surdité-mutité guérie par application de courant électrique intensif.

Actuellement démarche sautillante; le malade danse sur les genoux et exécute de plus des mouvements de balancement du tronc et de la tête.

Tremblement des membres supérieurs à l'occasion des efforts.

Réflectivité tendineuse partout exagérée avec faux clonus.

Secousses nystagmiformes, surtout dans le regard latéral droit.

Pas de troubles de sensibilité.

Liquide céphalo-rachidien normal.

Médiocre état général. Aspect sénile.

Anémie modérée.

Céphalée sans cauchemars ni vertige. Sensation de fatigue constante.

Attention normale.

Dysmnésie pour toute la période de guerre.

Pas d'hyperémotivité.

Les circonstances étiologiques de l'accident constituent donc un précieux appoint dans le diagnostic de

ces tremblements. Leur passage insensible aux cas indéniables de tremblement, de frayeur affirme leur nature émotionnelle.

Notre Maître Gilbert Ballet a le premier indiqué cette filiation (1er janvier 1916).

Notre Maître Laignel-Lavastine s'est attaché à l'étude des stéréotypies en particulier des boiteries d'habitude.

En voici deux cas :

Obs. XLVIII. — Pource... 25 ans, Cultivateur.

Entré le 11 juillet 1918.

Le 12 juin 1918, Pource... était évacué du front pour otite. En quittant le P. S., il a été renversé par un obus. Il n'a pas perdu connaissance, s'est relevé, mis à courir et depuis lors il a de la difficulté à marcher.

On constate que le sujet au garde-à-vous élargit la base de sustentation, mais qu'il cesse de le faire en marchant et qu'il boite d'une façon variable de la hanche droite.

Il accuse des douleurs articulaires vagues dans les deux membres inférieurs.

Aucune limitation des mouvements passifs, ni actifs, mais quelques craquements.

Pas d'amyotrophie ni d'adénopathie.

Réflectivité tendineuse et cutanée, sensibilité objective normale.

La colonne vertébrale a une souplesse normale.

Il existe une légère faiblesse des membres inférieurs, plus marquée à droite.

Pas d'autres signes neurologiques. Liquide céphalo-rachidien normal.

Examen viscéral négatif. Pas d'anémie.

Amélioration par une courte rééducation.

Obs. XLIX. — Cohe..., 21 ans. Comptable.

Entré le 16 octobre 1918.

Lancé en l'air par un obus à Dommiers le 4 juin 1918. Perte de connaissance. Est revenu à lui à l'ambulance le lendemain, n'ayant aucun souvenir de l'accident.

Il était contusionné de partout, en particulier de la jambe gauche, saignant de la bouche et du nez, mais n'avait pas d'otorrhagie.

Il n'a commencé à parler que le 2e jour.

Tremblement généralisé qui s'est calmé en 48 heures.

Dans les jours suivants, difficulté de la marche et tremblement des jambes.

Amélioration progressive. Pas de crise nerveuse.

De légers troubles de la marche ont reparu fin septembre.

A son entrée, on constate que le membre inférieur gauche est en flexion-rotation externe dans la station debout.

La marche en avant s'effectue à pas précipités, en surajoutant des mouvements du pied gauche. La marche en arrière nécessite un double rappel d'escrime à chaque pas.

Examen neurologique négatif (réflectivité, motilité, sensibilité, trophicité).

Tous ces troubles de la marche disparaissent en quelques jours à la suite de quelques objurgations vigoureuses.

Mais ces boiteries d'habitude n'ont pas l'importance d'un tremblement. Leur diagnostic est d'ailleurs toujours possible. Au contraire, le tremblement organique n'a pas encore de signes pathognomoniques.

Meige, le 15 décembre 1916, propose comme signes d'organicité : la régularité, des oscillations, l'immutabilité du tremblement et à fortiori son extension ou son aggravation.

Souques, le 7 avril 1916, estime organique l'hémi-tremblement tenace, invariable.

En distinguant le tressaillement du tremblement, Meige a fait faire un pas à la question mais le tressaillement essentiellement émotif peut se surajouter à un tremblement lésionnel ou émotif.

Sollier (février 1917) déclare avoir échoué en cherchant à distinguer le clonus organique de l'inorganique, d'après les tracés sphygmographiques.

Français (février 1917) estime organiques certains tremblements unilatéraux ou n'affectant qu'un membre.

Il nous a semblé que les caractères intrinsèques du tremblement émotionnel ne pouvaient suffire à le caractériser. Le diagnostic ne peut s'appuyer que sur les commémoratifs et l'état mental du sujet, quand la mimique reproduite par ce tremblement n'est pas elle-même reconnaissable. C'était le cas dans la série des observations que nous venons de présenter dans ce groupe des stéréotypies émotionnelles.

VIII. — DIVERSES RÉACTIONS PSYCHIQUES A L'ÉMOTION INITIALE

Nous venons de voir une gamme de manifestations émotionnelles dont l'unité était constituée par la persistance ou la reviviscence du trauma psychique initial.

Voyons maintenant ce que deviennent ceux qui réfléchissent à leur émotion.

A priori, l'état antérieur du sujet et non pas la forme du traumatisme distinguera ici divers groupes.

Les trois principaux sont : les neurasthéniques, les anxieux et les revendicateurs.

Ce chapitre ne fait qu'illustrer la formule désormais classique du professeur Dupré : commotion, émotion, suggestion, exagération, simulation, revendication.

Le Professeur Dupré a dit lui-même à la séance de la Société de Neurologie du 6-7 avril 1916 : « Tous ces stades peuvent n'être pas franchis; certains d'entre eux peuvent demeurer inaperçus; mais leur succession paraît la règle. Et si l'on veut bien y réfléchir, on se rendra compte que cette formule est parfaitement applicable à un grand nombre de commotionnés de guerre. »

Obs. L. — Seg... 32 ans. Maître de chai.

Entré le 25 avril 1918.

D'après le billet d'origine : commotionné par éclatement d'obus le 22 avril 1918.

Seg... a été réformé le 10 septembre 1914 pour glycosurie, dit-il. Repris service armé, il a fait un séjour de 2 ans au front.

Le 22 avril 1918, bouleversé par un éclatement d'obus à proximité : « Il est arrivé un 150 qui a éclaté sur un sapin à 1 m. 50 de ma tête, sans exagérer. Il m'a balancé avec tous mes appareils téléphoniques, Je me suis retrouvé couché au milieu des sapins. Je n'ai pas pu me lever. Les brancardiers m'ont emporté à la ferme de Mortemer, etc... » La perte de connaissance a donc été bien minime. Il n'a pas eu d'hémorragie. Il souffrait de surdité et de quelques vertiges. Il a des souvenirs précis des faits antérieurs et postérieurs à l'accident.

C'est un franc neurasthénique éthylique.

Il se plaint de « palpitations ». « Ce qui me fait souffrir le plus, c'est ma maladie de cœur qui me met dans des états terribles. C'est ici au niveau de la 4e ou 5e côte que ça bat! »

Examen du cœur, du pouls (à 72), épreuve de Lian sont négatifs.

Il se plaint de craquements des genoux, des épaules. Examens entièrement négatifs.

Il accuse avec grand détail une gêne respiratoire correspondant à un léger degré d'emphysème, sans bronchite chronique.

Il a une légère conjonctivite chronique, quelques bourdonnements d'oreille, quelques vagues troubles dyspeptiques, autres sujets de doléances.

Et il rapporte tout ceci à sa « commotion ». « Ça ne va pas, je ne suis pas comme avant ».

Imprégnation éthylique professionnelle peu avancée.

Examens d'urine négatifs.

Pas de troubles de réflectivité tendineuse et musculaire, des diverses sensibilités, des sphincters. Souplesse normale de la colonne vertébrale.

Pas de tremblement généralisé, ni de rigidité musculaire.

Liquide céphalo-rachidien normal. Wassermann négatif.

La pression artérielle, le réflexe oculo-cardiaque, la vaso-motricité, tout est normal.

Pas de troubles statocinétiques, ni de l'équilibre. Pas de troubles pupillaires.

Anémie modérée à 3.680.000.

Un interrogatoire précis montre que ces doléances neurasthéniques existaient antérieurement au traumatisme.

La mémoire, l'attention, l'activité psychique sont normales.

Diagnostic : Neurasthénie chez un éthylique léger.

Plaintes exacerbées par un éclatement d'obus à proximité.

Obs. LI. — Heudh... 35 ans. Frappeur.

Entré le 30 août 1918.

Evacué pour commotion par obus le 31 juillet 1918, d'après le dossier.

« J'ai été projeté deux fois par obus à Parcy-Tigny, dans l'Aisne. J'étais assis dans la tranchée. Un obus français est tombé sur le bord et m'a projeté de l'autre côté de la tranchée. J'ai fait un beau saut! Je me relevais quand un autre obus est arrivé. Il y a eu un moment de panique. On s'est sauvé de cette place-là.

« En arrivant dans un champ de blé, à 50 mètres de là, je suis tombé. Un camarade m'a aidé à me ramasser. On faisait des bonds et puis on s'arrêtait. Je tremblais tellement! Quand on est arrivé au poste de secours, j'ai eu une crise de nerfs. Je tremblais. J'avais les bras, les jambes qui marchaient; tout me faisait très mal. Après je suis tombé en syncope. Quand j'ai repris connaissance, j'étais à l'ambulance ».

C'est là un bon exemple de la loi : Pas de crises d'hystérie sur le terrain.

Enumération de doléances neurasthéniques, insistant surtout sur la céphalée, les douleurs vagues, la gêne au niveau du cœur, les cauchemars, la surdité gauche.

Il présente une autoscopie curieusement développée pour un sujet de sa condition et que l'interrogatoire montre déjà ancienne. L'examen somatique montre un bon état général, sans troubles viscéraux, un léger état saburral ordinaire.

L'examen neurologique est négatif. Liquide céphalo-rachidien normal. Wassermann négatif.

Légère imprégnation éthylique.

Diagnostic : Neurasthénie. Emotion par éclatements d'obus.

Ces deux observations montrent une faible réaction psychique, à un ébranlement ou à une peur par éclatement d'obus. Il s'agissait de sujets chez qui les doléances hypochondriaques étaient déjà anciennes.

Voici deux cas où la réaction neurasthénique semble bien n'avoir débuté qu'après le traumatisme :

Obs. LII. — Sergent Dass..., 31 ans. Bijoutier.

Entré le 23 février 1918.

Evacué d'après le dossier pour commotion par obus le 24 septembre 1916. Crises nerveuses.

Dass... raconte ceci : « J'ai été évacué de Verdun, mais c'est un mois ou deux avant, en Champagne, que j'ai été commotionné. C'était des avions. C'était une grosse torpille de destruction. Je l'entends tout le temps. J'ai cru qu'elle allait me couper en deux. J'étais sur la voie. Elle a coupé le rail à côté de moi... J'avais vu l'avion arrivé. Je me suis couché sur la voie. J'ai entendu le sifflement... Je ne me rappelle pas de l'éclatement. J'étais étourdi. J'ai vu arriver du monde. Je ne pouvais plus m'arrêter de rire. Et depuis j'ai une peur terrible... »

Ce récit est fait par bribes, interrompu à chaque moment par la plus vive émotion quoiqu'il y ait 8 mois de cela.

« A Verdun, j'étais sur le haut de mon abri quand des obus sont arrivés sur le cantonnement. Je suis descendu dans la cave. Je me suis couché. Il y a eu quatre bombardements de suite. Je ne pouvais rester en place. On m'a évacué ».

Depuis lors, il n'a pu faire son service.

Il présente de loin en loin des crises de nerfs. Nous avons assisté à l'une d'elles.

Il s'étend sur son lit, se disant malade, se déboutonne, puis se raidit brusquement de tout le corps, tremble, présente de violentes secousses de la tête qu'il jette à droite et à gauche, gémit, puis murmure : « Ils tueront donc tout !... Oh les salauds... assassins !... » Il se raidit encore à plusieurs reprises et c'est fini — 4 minutes de durée. — Fatigue et céphalée consécutives.

Il y a là de petites crises d'agitation motrice correspondant à une réviviscence de la scène d'épouvante — et qui alimente ses terreurs.

« Ce bombardement, c'est une sorte d'obsession. J'entends tout le temps siffler la torpille... Quand j'y pense trop, je l'entends en réalité. J'ai des cauchemars la nuit. Je crois que tout s'effondre... Je ne peux pas retourner à Paris (où il a une grosse affaire de bijouterie).

« A Paris... s'il y a des bombardements je me sauve n'importe où... Je ne peux pas entendre de coups de canon. Ça me donne tout de suite des éblouissements... C'est de la peur. Ça me fait honte, mais je peux pas y résister ».

Légers mouvements cloniques des mains et avant-bras dans les périodes d'émotion.

D'après les antécédents, il y a réellement déchéance du courage guerrier : Poltronnerie pathologique.

Mais de plus, Das... énumère de nombreuses souffrances, toutes sans fondement sérieux : céphalée, rachialgie, perte

de mémoire, incapacité de faire son métier, difficulté d'élocution. Les dires du malade et l'enquête de gendarmerie montrent que Das... était précédemment un commerçant très actif et entreprenant.

L'examen somatique montre un sujet très maigre, mais non anémique (formule sanguine normale).

Pas de troubles nerveux organiques.

L'attention est un peu diminuée. La mémoire paraît troublée par difficulté d'évocation. En réalité, l'idée hypochondriaque de perte de mémoire est prévalente et plusieurs examens montrent que la diminution des souvenirs est faible.

Diagnostic : Neurasthénie consécutive à une peur par éclatement de torpille. Poltronnerie pathologique.

Cette observation que nous avons placée aux réactions psychiques montre l'étroite union qui existe entre ces cas et ceux de persistance de l'émotion initiale. Das... est à comparer à Be..

Obs. LIII. — Re... caporal, 29 ans. Hôtelier. [Photo]

Entré le 2 janvier 1918 et le 14 juillet 1918.

Commotionné et enterré 3 fois de suite le 14 septembre 1917, dit le billet d'origine. Otorrhagie et surdimutité consécutive. Bois des Caurières.

« Je me rappelle que, juste avant l'accident j'étais dans le boyau, j'allais vers ma compagnie... Je me suis vu plein de terre et noir de fumée. Je me suis rendu compte que j'avais été commotionné. On m'a débarrassé de mon équipement. Un moment après, j'ai encore été enterré par un autre obus. J'étais dans un boyau profond, tout un pan du boyau est tombé sur moi. J'avais dégagé mon bras droit et ma tête quand un nouvel obus a éclaté près de moi. Ça m'a rejeté encore des mottes de terre... J'ai repris mes esprits au poste de secours... »

Il a pu marcher pour gagner l'ambulance. Il présentait de l'otorrhagie bilatérale. Soigné à Troyes.

Il a été sourd-muet pendant deux mois.

« C'est en tombant dans l'entrée d'une salle que j'ai commencé à entendre. La tête a porté. J'ai entendu alors, la parole est revenue, d'abord à voix basse, puis normale.

Actuellement, état neurasthénique très marqué qui n'a pas varié d'une façon sensible depuis près d'un an.

Céphalée en casque.

Inquiétudes à propos de bourdonnements d'oreille, d'un écoulement insignifiant de temps en temps, d'un état de faiblesse du côté gauche qui ne correspond pas à des signes objectifs, de troubles entéritiques anciens.

Tristesse constante allant parfois jusqu'aux larmes.

Etat d'anxiété fixé surtout autour d'une phobie d'amnésie et de prétendue difficulté de l'élocution.

Pas d'amnésie lacunaire, ni rétrograde.

Difficulté d'évocation en rapport avec l'émotion du moment, variable d'un examen à l'autre.

Les diverses épreuves montrent que l'attention est normale. Intelligence et jugements normaux.

Ce sujet très actif antérieurement est au supplice de ne plus pouvoir faire son métier d'hôtelier à cause de cette prétendue difficulté à parler et à se souvenir, à cause d'une irritabilité qu'il exagère, si l'on en juge par sa conduite ici.

A son premier séjour ici il a présenté de petits signes nerveux organiques qui avaient totalement disparu à son retour.

Nous reviendrons plus tard sur ce point.

Ainsi cet homme est maintenant fixé dans un état d'anxiété permanente à base hypochondriaque. Le point de départ en est certainement le traumatisme, car sa mentalité lui permettait auparavant un travail actif, d'après ses dires contrôlés par l'enquête de gendarmerie.

On peut donc parler d'états neurasthéniques consécutifs à un éclatement d'obus, soit qu'il n'ait été qu'exacerbé par l'accident, soit qu'il semble avoir été créé par le traumatisme physique et moral.

Il nous reste à envisager les réactions revendicatrices :

Obs. LIV. — O... caporal, 25 ans. Cultivateur.

Entré le 6 juillet 1917.

« Le 11 octobre 1914, un obus a tué l'adjudant qui était à côté de lui et l'a lui-même projeté en l'air. Il était complètement égaré, répondait des choses sans suite et ne voyait plus clair. »

Voilà ce qui résulte du récit d'un témoin.

L'intéressé raconte que le 28 septembre, pendant qu'il causait avec l'adjudant B..., un obus est arrivé et a tué ce sous-officier.

C'était un champion du monde de course à pied, « une valeur ». Ainsi O... dit avoir été bouleversé par cette mort. Il n'a aucun souvenir d'avoir été lui-même projeté en l'air et évacué. Il revient à son histoire de l'adjudant B... pour qui il avait une grande admiration toutes les fois qu'on lui parle de son propre accident.

Période de surdi-mutité consécutive ayant duré 6 mois à terminaison spontanée, d'après ses dires.

Actuellement il n'a plus aucun trouble de la parole.

Devenu incapable de commander son escouade depuis lors. Peur intense du front qu'il cherche à justifier.

Une tentative d'utilisation de ce gradé, au front de Salonique a échoué.

Actuellement il se déclare incapable de rien faire.

Le soleil lui donne mal à la tête, le travail aussi. Il craint le bruit... « De rester dans la salle, ça me donne mal à la tête. Il faut que je me promène, je languis ici. Il me faudrait rentrer chez nous. »

Hérédité mentale très chargée des deux côtés : 2 suicides, 1 internement.

Enfance paresseuse, si on en juge d'après son récit.

Examen viscéral et neurologique négatif.

L'attention, la mémoire sont normales. L'intelligence est médiocrement développée.

Diagnostic : Persévérateur. Doléances intéressées consécutives à une ancienne perte de connaissance par obus.

Il est évident que c'est congénitalement un faible de volonté. « On ne simule jamais que ce que l'on a un peu », dit le Professeur Dupré. Mais cependant le traumatisme moral a encore diminué son aptitude guerrière.

Obs. LV. — Rico... caporal. 23 ans. Viticulteur.

Entré le 11 Juillet 1918 et le 29 Décembre 1918.

Le 23 décembre 1916, une torpille est tombée à quelques mètres du caporal Rico... qui s'était jeté à terre la voyant venir. Il n'a reçu qu'un peu de terre projetée. Neuf jours après il était évacué pour des troubles mentaux.

Ces troubles mentaux, d'après le diagnostic du Centre de neurologie de M... se ramènent à ceci :

« Une crise de délire où il est inquiet : il lui semble que les personnes qui l'entourent sont changées, non pas physiquement, mais dans leur allure. Cette crise dure cinq à six jours, puis disparait. »

« Il aurait eu au Centre de M... plusieurs crises semblables à intervalles variables. Ces crises allaient en s'atténuant et en s'éloignant. »

Or le diagnostic porté a été : syndrome commotionnel, et Rico... a passé service auxiliaire.

A son entrée ici le 11 juillet 1918, Rico... déclare n'avoir pas eu de crise depuis 5 mois. Il est envoyé pour examen par la Commission d'inaptitude.

Examen viscéral, neurologique et psychiatrique entièrement négatif. Formule sanguine normale. Liquide céphalo-rachidien normal.

L'observation pendant trois mois montre une conduite normale. Sujet gai, tranquille.

Reversé service armé à la suite de son séjour ici, il reparaît dans le service le 29 décembre. La note du médecin du dépôt indique que son évacuation a été motivée par une excitation croissante, que Rico... est sujet à de violents emportements et qu'il menaçait de se livrer à des bris d'objets et à une fugue.

Nous le retrouvons aussi calme qu'à son premier séjour. Son accès est passé, paraît-il. Pendant deux ou trois jours, il n'a pas bien dormi et était agacé. C'est passé maintenant.

Mais il n'est pas satisfait. Il voulait retourner au Centre de M... Le lendemain de son arrivée ici, il nous apporte une demande d'évacuation longuement motivée. Et sur notre remarque qu'on ne va pas l'évacuer sur un autre Centre, le lendemain de son arrivée il prend une attitude menaçante. L'exposé des motifs de sa demande d'évacuation commençait ainsi : « Je suis un Commotionné... »

Examens somatiques et psychiatriques aussi négatifs qu'au premier séjour.

Conclusion : Peur par éclatement de torpille. Revendication à propos du diagnostic de syndrome commotionnel qui a été porté il y a deux ans. Sujet qui invoque des troubles mentaux qui pourraient, dit-il, se produire ou qui sont déjà passés, mais n'en présente pas au moment de l'examen.

IX. — LE SYNDROME D'INERTIE MENTALE

Nous arrivons à l'un des points capitaux de notre étude : le type d'inertie mentale de Joanny-Roux. Non pas que nous jugions les groupes antérieurs comme secondaires, la fréquence et la multiplicité des types cliniques s'y opposeraient. Mais avec le syndrome d'inertie mentale, nous abordons un point délicat particulièrement discuté.

Voici, dira-t-on les « vrais commotionnés » ceux qui seuls doivent être tenus pour tels, pour avoir vraiment subi une commotion, un ébranlement par obus.

Il est en effet très probable que tous ces hommes sans exception ont été bouleversés, projetés, ensevelis par une explosion, mais du fait de leur amnésie, ils sont ordinairement incapables de donner quelques détails sur leur accident. Les indications fournies par les billets d'hôpitaux sont souvent insuffisantes et parfois suspectes. Il est donc plus malaisé qu'on l'imagine au premier abord de savoir si tous ces cas d'inertie mentale ont été consécutifs à un violent traumatisme physique. Nous répétons une fois de plus que toute la nosologie ne peut pas être suspendue à la nature de la cause, que c'est se placer dans une situa-

tion inextricable que de faire tout dépendre d'un détail étiologique. Du moment que l'on a atteint un syndrome clinique net, il peut le décrire indépendamment de son origine, pourvu qu'on ne lui donne pas une appellation étiologique. Or, c'est le cas de l'inertie mentale post-traumatique.

Nos dix observations, et les quelques autres que nous ne publions pas, sont d'ailleurs presque toutes, des cas d'ensevelissement ou de projection par l'obus, mais nous ne pouvons pas affirmer qu'il en soit ainsi pour toutes (témoin l'observation LXI).

Nous ne les considèrerons pas comme de vrais commotionnés à l'exclusion de tous les autres puisque nous avons justement signalé en cours de route dans les manifestations émotives tous les cas de projection, d'ensevelissement.

A la suite d'un violent traumatisme physique, il n'y a fréquemment que des manifestations émotionnelles et dans quelques cas rares apparaît le syndrome d'inertie mentale.

D'autre part, nous ne voulons pas mettre sur le même pied ce syndrome si uniforme et les multiples petits signes organiques disséminés si variables selon les cas. D'autant plus que nous en avons déjà rencontrés dans les observations de manifestations émotives.

Le syndrome d'inertie mentale est décrit comme s'accompagnant toujours de signes organiques, mais ils sont secondaires, variables, fugaces.

Obs. LVI. - Lavio.., 28 ans. Cultivateur.

Entré le 4 juin 1918.

Commotionné par obus le 22 juillet 1916, d'après le dossier. Il a été enterré de la moitié inférieure du corps et a perdu connaissance. Pas d'otorrhagie, ni d'épistaxis. Il est revenu à lui une dizaine de jours après, alors qu'il était hospitalisé à l'Intérieur. L'amnésie lacunaire est complète : le peu qu'il sait de son accident vient du récit de ses camarades.

Les souvenirs des dix, douze jours antérieurs au traumatisme ont complètement disparu, alors qu'il est capable de dire avec détails ce qu'il faisait, et où il était auparavant. Donc amnésie rétrograde nette.

Depuis qu'il est revenu à lui, les souvenirs sont un peu flous, mais utilisables.

L'état du sujet est stationnaire depuis deux ans.

Céphalées fréquentes. Il se plaint du soleil, du bruit, de la chaleur. Il a des troubles subjectifs de la vue (éblouissements au soleil, fatigue rapide à la lecture).

Sensation de fatigue constante, en particulier dans les reins, dans les jambes.

Cauchemars guerriers habituels.

Sujet toujours triste ; attitude affaissée.

Torpide, indifférent à lui-même et à sa famille. Déclare ne penser à rien.

Immobilité anormale et facies sans expression au cours des examens. Il est à noter qu'il ne sursaute pas quand on l'interroge brusquement.

Il a présenté quatre ou cinq crises nerveuses dans les mois qui ont suivi le traumatisme. Elles ont disparu depuis longtemps.

L'attention spontanée est assez bien conservée.

L'activité générale est nettement diminuée ; négligence des soins corporels, inaction habituelle, recherche de la solitude.

Les épreuves d'attention volontaire exécutées avec négli-

gence ne montrent pas de diminution, ce qui contracte un peu avec son aspect torpide.

Au total : paresse mentale.

Il est difficile de savoir ce qu'il était antérieurement. Amaigrissement, mauvais état général sans anémie (formule sanguine subnormale). Examen des viscères négatif.

La tension artérielle est basse (16-10, amplitude II 1/2) sans ligne blanche.

La résistance cardiaque est normale à l'épreuve de Lian.

La motilité, la réflectivité tendineuse et cutanée, la sensibilité, les pupilles sont normales. Le réflexe oculo-cardiaque est normal.

Mais il existe de légers troubles du vertige voltaïque (chute du même côté), un peu d'hyperglycorachie (0,70) sans hyperalbuminose ni lymphocytose.

Conclusion : Très léger syndrome d'inertie mentale post-commotionnel.

Tous ces symptômes sont donc très discrets (Inertie mentale, troubles de la tension artérielle et de la teneur en sucre du liquide céphalo-rachidien.

Obs. LVII. — Gassi... 23 ans. Sabotier.

Entré le 19 février 1918. Revu le 21 décembre 1918.

Blessé une première fois le 23 août 1914 au cuir chevelu par balle de shrapnell. Cicatrice insignifiante. Evacué en mai 1917 pour commotion par obus. Le malade était alors dans un état de confusion mentale si on en juge par son billet d'hôpital. Il a pourtant un vague souvenir d'une deuxième plaie du cuir chevelu dans la région occipitale. Ce qui semble correspondre au diagnostic porté alors : de contusion crânienne par éclat d'obus.

Il sort amélioré de l'hôpital, le 1er septembre 1917.

Le dépôt nous l'envoie comme incomplètement guéri.

L'amnésie domine : il a des souvenirs parcellaires de son hospitalisation à Paris, mais il ignore tout de sa commotion. Les souvenirs antérieurs sont très vagues, inutilisables. Il ne se rappelle presque plus rien de sa vie de guerre.

La conservation des souvenirs d'enfance est meilleure. Les souvenirs récents sont assez bien conservés. Donc amnésie lacunaire et dysmnésie rétrograde. Les réponses sont aussi brèves que possible. L'attention spontanée normale ; l'attention volontaire lente mais suffisante pour un sujet de sa condition. Notions scolaires très médiocres. Il accuse une céphalée constante avec nausées et vomissements ; des vertiges très légers, des insomnies et des cauchemars. Il a des idées tristes, allant parfois jusqu'à désirer la mort, mais il n'a jamais fait de tentatives de suicide. L'activité générale est très ralentie tant pour les gestes que pour les réponses. Il parle à voix très basse, à peine compréhensible.

L'examen somatique montre de l'exagération des réflexes tendineux, sans troubles moteurs ni sensitifs, une très légère asphyxie des extrémités inférieures plus marquée à gauche, de l'inégalité pupillaire (la droite plus grande) avec réactions à la lumière et à la distance très vives et très amples. Quelques secousses franches de nystagmus dans le regard latéral gauche, une ébauche de tremblement passager dans la position assise, de très légers troubles de l'équilibre avec modifications du vertige voltaïque. Légère faiblesse du sphincter vésical.

La courbe thermique des 15 jours indique une instabilité continuelle avec des variations nycthémérales supérieures à un degré.

Le liquide céphalo-rachidien est hypertendu (31 avant l'écoulement de 10 centimètres cubes de liquide, 19 après), Pas de réaction leucocytaire, mais hyperalbuminose (0,42) Wassermann négatif. Respirations hésitantes saccadées (20 à la minute). Médiocre état général. Anémie marquée à 2.900.000 avec leucopénie et légère anisocytose. La force

musculaire est inférieure à la normale. Légère insuffisance cardiaque à l'épreuve de Lian (8 minutes sont nécessaires pour le retour à la normale).

Diagnostic : Inertie mentale post-commotionnelle avec nombreux petits signes nerveux et viscéraux disséminés.

Revu en janvier 1919, Gass... présente le même tableau psychiatrique : il est aussi ralenti dans son activité générale et parle toujours aussi bas. Mais les symptômes physiques ont disparu presque entièrement.

Plus de troubles de l'équilibre, plus de nystagmus. L'inégalité pupillaire est à peine constatable, la formule sanguine est meilleure : 3.620.000 globules rouges avec formule leucocytaire presque normale. La force musculaire est revenue.

N'y a-t-il pas là une raison décisive de séparer les troubles psychique post-commotionnels des troubles nerveux organiques, si variables d'un sujet à l'autre et si passagers. L'inertie mentale avec troubles subjectifs forme un syndrome réel; ces légères modifications des systèmes nerveux ou sympathique sont essentiellement polymorphes, et de plus elles se séparent par l'évolution du syndrome mental.

Les deux observations précédentes portaient sur des sujets jeunes. En voici maintenant deux autres chez des hommes ayant passé 35 ans :

Obs. LVIII. — Fontai... Sergent. 37 ans. Mécanicien.
Entré le 3 juin 1918.
Sorti le 24 septembre 1918.

Après un séjour d'un an et demi au front le sergent Fontai... a été évacué en avril 1916 pour une commotion certifiée par

le dossier. Rentré au dépôt en octobre 1916, il y est resté depuis lors.

L'état actuel semble déjà ancien, car sauf une lenteur de la parole qui a disparu, les troubles accusés en août 1916 sont les mêmes qu'aujourd'hui.

Il ignore tout de la raison pour laquelle il a été évacué. Il n'a pas cherché sérieusement à la connaître. L'amnésie lacunaire est totale. Elle est entourée d'une dysmnésie extrême pour les périodes antérieure et postérieure au traumatisme. Malgré ses affirmations, il ne peut prouver par un détail précis qu'il a le souvenir de ses derniers mois de guerre ou de ses premières hospitalisations. Donc dymnésie rétro- et antérograde. Les souvenirs des faits de sa vie antérieurs à la guerre et les notions scolaires sont peu atteintes,

Ces troubles profonds de la mémoire s'accompagnent d'une indifférence envers sa famille et d'une diminution de l'activité psychique. C'est maintenant un ralenti incapable de faire son métier antérieur.

Les attentions spontanée et volontaire sont encore sensiblement normales.

Il se plaint avant tout d'une sensation de grande fatigue accompagnée de transpiration extrême, à la suite d'un effort de quelques minutes. Son attention est fixée là-dessus. Il se voit entouré d'eau dans ses rêves.

Céphalées transitoires, en couronne. Souffre du bruit, du soleil ; éblouissements fréquents : « Je vois des étoiles et je suis anéanti », Pas de signes d'éthylisme.

Inaction habituelle, Attitude lente et hésitante. Il se plaint de difficulté à trouver ses mots, par moments. L'enquête de gendarmerie et les notes du dossier montrent que ce gradé est transformé depuis sa commotion.

Inégalité pupillaire intermittente avec bonnes réactions. Faiblesse musculaire. Réflectivité tendineuse faible. Pas de troubles de la sensibilité, ni de l'équilibre.

Troubles du nystagmus calorique. Vertige voltaïque non modifié.

Médiocre état général. Anémie à 3.920.000, tension artérielle normale. Myocarde suffisant.

Le liquide céphalo-rachidien est normal (tension, cytologie, albumine (0,24) ; sucre (0,60) Le Wassermann en est négatif. Pas de troubles de la courbe thermique. Un petit fait sur lequel le malade attire l'attention et qui a été observé à plusieurs reprises consiste en une localisation des crises de sudation. De grosses gouttes de sueurs apparaissent dans le territoire du Sus et Sous-orbitaires droits, à l'exclusion rigoureuse du reste de la face. Cet état persiste plusieurs minutes, puis la sudation gagne le reste du corps et le malade ruisselle.

Diagnostic : Syndrome d'inertie mentale avec troubles sudoraux.

L'état mental est ici aussi net que dans les observations précédentes et les troubles nerveux sont très légers et tout à fait particuliers. Ce gradé a été revu le 20 janvier 1919 dans le même état mental et nerveux.

Obs. LIX. — Regu... 37 ans. Cultivateur.

Entré le 26 décembre 1917. Sorti le 20 mai 1918.

Evacué pour commotion par obus à Verdun le 15 juillet 1916..

Retour au front d'où il est aussitôt réévacué pour troubles consécutifs à la commotion.

Son récit de commotion : « On était dans une tranchée qu'on avait faite le matin. (Grand geste). Il est tombé là! Puis nous sommes... (Et il lance les bras en l'air) Après... je ne me rappelle plus. » Amnésie lacunaire totale d'environ trois semaines. Depuis lors, souvenirs cohérents.

Faciès constamment indifférent. Parle à voix basse, briè-

vement, complétant la parole par des gestes. Inaction complète. Indifférent à son état. Lenteur très marquée dans la compréhension des ordres et des questions.

L'attention est très diminuée aux diverses épreuves.

Quelques céphalées et vertiges. Fatigue habituelle.

Affaiblissement physique se traduisant par la lenteur des gestes et la dynamométrie. Très légère inégalité pupillaire avec conservation des réflexes. Nystagmus léger. Réflexes tendineux forts, égaux. Très fin tremblement des extrémités étendues. Hypertension du liquide céphalo-rachidien qui est pas modifié comme cytologie, teneur en albumine (0,20) et en sucre (traces).

A l'ophtalmoscope, les veines papillaires semblentun peu flexueuses et congestionnées.

Temporales sinueuses non dures. Tension artérielle normale.

Anémie modérée. Myocarde un peu insuffisant.

Enquête de gendarmerie montre que c'était antérieurement un travailleur régulier.

Diagnostic : Syndrome d'inertie mentale.

Il serait difficile en l'absence des commémoratifs et de ces petits signes d'organicité de faire le départ entre ce syndrome d'inertie mentale et une sénilité précoce.

Nous allons voir maintenant des cas où le syndrome d'inertie n'est pas pur :

Obs. LX: — Sainte-Mart... Caporal, 27 ans, Cimentier.

Entré le 12 janvier 1918.

D'après le dossier : Commotionné le 28 août 1914 et le 14 juillet 1917.

De la première commotion il raconte des détails précis, postérieurs à l'accident et il a de vagues souvenirs de son hospita-

lisation. Ce qui encadre une période d'amnésie lacunaire total de trois semaines environ.

La période de deux ans et demi intermédiaire aux deux commotions, pendant laquelle il était au front lui a laissé des souvenirs précis avec dates et noms de secteurs. La seconde commotion n'a pas donné lieu plus que la première à une amnésie rétrograde mais la lacune d'un mois englobant l'accident et ses suites immédiates est complète.

Il n'y a pas d'amnésie antérograde, La simplification constante des réponses résulte non d'oublis mais de paresse d'évocation si on en juge par les détails, qu'il est capable de fournir. Parler lent. Retard très net dans l'exécution des ordres et dans les réponses aux recherches de sensibilité. Lenteur des gestes. Faciès indifférent, un peu abattu ; immobilité anormale. Il exécute toujours le commandement au minimum.

Conservation des notions scolaires, mais diminution de l'attention volontaire qui se fatigue très rapidement.

Il était chef de chantier avant la guerre. Il est, et se reconnaît incapable de reprendre ce travail : « Il y a trop de calculs. Je ne pourrais pas me reconnaître sur les plans... J'arriverai bien à me reconnaître mais ce serait trop long... je ne pourrai plus »...

Curiosité très faible.

Indifférence envers sa famille.

Rares céphalées. Vertiges.

Il se plaint surtout de la fatigue, plus marqué le soir et de cauchemars guerriers toutes les nuits.

Mouvements choréiques de la main gauche pendant la marche. Elle s'ouvre et se ferme convulsivement environ une fois par minute. Tremblement constant, insignifiant au repos, exagéré par la marche et les efforts, siégeant aux cuisses, ébranlant tout le corps dans la station debout et la marche. C'est un tremblement fin, fibrillaire, tout à fait irrégulier, incomptable, rapide.

Attitude de la colonne dorsale un peu soudée et penchée en avant.

Réflectivité tendineuse partout forte avec ébauche de danse des rotules, mais égale. Pas de troubles objectifs des diverses sensibilités. Réflexe plantaire en flexion.

Debout, il élargit la base de sustentation. La marche est troublée par la danse spontanée des rotules. Il marche lourdement, se fatiguant vite du côté droit.

Légère inégalité pupillaire (la gauche plus grande) avec bonnes réaction. L'examen du fond d'œil est négatif. Léger nystagmus spontané.

Examen d'otologiste montrait à l'ambulance une otorrhagie post-commotionnelle bilatérale. Ecoulement consécutif (30 juillet 1917). Actuellement, tympans gris dépolis. Pas traces de cicatrice. Réactions galvaniques normales (23 avril 1918).

Examen viscéral négatif, sauf une légère albuminurie. Cœur suffisant à l'épreuve de Lian. Tension artérielle normale. Réflexe oculo-cardiaque normal.

Trouble marqué de la courbe thermique des 15 jours avec courbe nycthémérale nettement anormale (deux maximums à 14 heures et 23 heures).

Anémie à 3. 520.000 avec leucopénie très marquée (1000).

Diagnostic : Syndrome d'inertie mentale post-commotionnel (deux commotions) avec troubles organiques divers.

Obs. LXI. — Guet... 25 ans. Charron.

Entré le 16 avril 1917.

Blessé à la bataille de la Marne. Contusion de la région lombaire droite par éclat d'obus.

A rejoint son corps le 18 octobre 1914.

Blessé à Beauséjour le 4 juin 1916. Commotion par éclatement d'obus. Perte momentanée de la parole et de l'ouïe. (billet d'origine).

Amnésie lacunaire d'une semaine environ. Dysmnésie rétrograde. Il était à l'échelon. « On ravitaillait toutes les nuits à Froide-Terre. C'était terrible. Il y avait un endroit où on avait toujours des accidents. On y passait au grand galop. Un jour, le caisson qui nous précédait a reçu un obus en plein. Il y avait un camarade tué qu'un cheval traînait !... J'ai aidé à l'arracher ! Et puis je me suis sauvé... Je ne sais pas comment j'ai été commotionné. Je me suis retrouvé à Nyons. J'entendais tout le temps des roulements, et je ne pouvais pas parler. J'écrivais pour demander ce dont j'avais besoin. Je me suis remis à parler peu à peu. »

Souffre de céphalées frontales fréquentes à la suite d'efforts, de l'acte de se baisser et surtout après les voyages en chemin de fer. Il a parfois des nausées en rapport avec les céphalées. Eblouissements; la tête lui tourne; brouillard devant les yeux. Pas de chute.

Sensation de fatigue tous les soirs.

Difficulté pour s'endormir: Céphalée le tient longtemps éveillé. Il lui semble qu'il a la tête grosse comme une maison. Sommeil agité. Cauchemars toutes les nuits. « Cette nuit j'ai rêvé que je brûlais une maison. Souvent je rêve au fort de Belleville; à cet endroit où on ne pouvait pas passer sans avoir du mal...

« Certaines nuits je me crois encore au front ».

Cependant il n'a pas d'onirisme diurne.

Inaction. Il reste couché dans la journée « pour éviter le mal de tête ».

Devenu incapable de faire son métier de charron. « C'est trop dur ».

Se plaint de bourdonnement d'oreille droite.

Faciès toujours un peu souffrant. Gestes lents. Rareté des clignements d'yeux (4 à la minute). Parle à voix très basse, attendant qu'on l'interroge. Comprend bien ce qu'on lui dit. Attention volontaire lente, un peu diminuée aux diverses épreuves.

Bien orienté. Curiosité normale.

L'enquête de gendarmerie et le texte de sa citation montrent que son activité est totalement transformée.

Pas d'hérédité mentale.

Il déclare qu'il s'ennuie partout, chez lui comme à l'hôpital, mais qu'il n'a jamais eu idée de se détruire. Il souffre de ses cauchemars et de ses souvenirs de guerre.

Légère inégalité pupillaire (la gauche plus grande) avec bonne réaction. Pas de trouble de la musculature externe de l'œil. Très légère paralysie faciale inférieure droite.

Réflectivité tendineuse normale faible. Réflexes égaux.

Pas de troubles d'équilibre.

Tympans gris défoncés. Hyperexcitabilité galvanique. Liquide céphalo-rachidien normal comme tension, cytologie et teneur en sucre; hypo-albuminose (0, 16).

Pouls normal comme rythme, mais inégal.

Cœur suffisant à l'épreuve de Lian.

Tension artérielle normale (18-12 amplitude III).

Légère exagération du réflexe oculo-cardiaque.

Revu le 28 décembre 1918.

Même état d'inertie mentale, peut-être même un peu aggravée : immobilité anormale, dysmnésie antérograde. Il n'a que de vagues souvenirs de son séjour ici. Il se sert d'un petit carnet pour noter les dates de sa vie.

Diagnostic : Syndrome d'inertie mentale post-commotionnel avec un certain degré de suractivité automatique amenant un peu d'inquiétude.

Nous avons donc ici un mélange de symptômes émotionnels (persistance d'une émotion de guerre) et d'un syndrome d'inertie mentale. Légèrement indiquée chez Sainte-Mart... qui n'avait que quelques secousses choréiques, cette association est plus précise chez Guet... Elle va l'être davantage dans le cas suivant :

Obs. LXII. — Lapou... 25 ans. Employé de commerce.

Entré le 24 janvier 1918.

Commotionné et enseveli le 5 décembre 1917 (billet d'origine).

Pas d'otorrhagie. Bourdonnements d'oreilles.

Perte de connaissance d'une demi-heure. Il est revenu à lui au P. S. Pas d'amnésie rétrograde.

Dysmnésie antérograde très marquée jusqu'à son entrée dans le service.

Céphalées temporales qui l'empêchent de dormir.

Cauchemars habituels guerriers sans aucun caractère éthylique.

Inaction, torpidité, facies souffrant. Il parle à voix très basse. Réponses au minimum.

Attention spontanée nettement diminuée.

Curiosité faible.

Attention volontaire à peu près normale.

Mouvements choréo-athétosiques continuels des membres supérieurs avec grandes respirations suspirieuses.

Quand on l'interroge, il se tortille constamment les bras, il s'étire, soupire bruyamment, porte à chaque instant la main à son articulation temporo-maxillaire gauche qui lui fait mal, dit-il. Il a alors un aspect d'anxiété légère.

A plusieurs reprises, pendant son séjour ici, il a fait de l'agitation anxieuse : ne mangeant presque pas, agitant ses membres supérieurs plus que de coutume et marchant dans la salle. Il disait alors s'ennuyer et ne pas dormir.

Réflectivité normale.

Pupilles égales, réagissent bien. Fond d'œil normal.

Un certain degré d'affaiblissement musculaire. Instabilité de fatigue dans la station debout, les yeux ouverts comme les yeux fermés. Tremblement de fatigue des mains étendues.

Mauvais état général. Anémie à 3.920.000. Tension artérielle normale.

Liquide céphalo-rachidien normal.

Diagnostic : Syndrome d'inertie mentale avec mouvements choréo-athétosiques et anxiété légère.

Le fait principal réside dans l'inaction ordinaire qui contraste avec les renseignements de l'enquête de gendarmerie. La note anxieuse est très marquée. Ce qui nous conduit à deux observations pour lesquelles l'expression d'état mélancolique peut être prononcé, mais qui appartiennent cependant bien au syndrome de Joanny-Roux. Les auteurs signalent d'ailleurs ce fait comme nous l'avons dit plus haut.

Obs. LXIII. — Frém.... 39 ans. Cultivateur.

Entré le 29 octobre 1917.

Sorti le 18 janvier 1918.

Blessé et commotionné à Vauxhaillon le 19 juin 1917.

Plaie de la joue droite.

Séjour à Yzeure du 4 août au 20 septembre 1917 : « Asthénie. Mélancolie. Troubles de la mémoire. Liquide céphalo-rachidien normal (cytologie, albumine). »

En convalescence, il reste couché tout le temps, ne parle pas, refuse de manger par intervalles.

A l'hôpital de Guéret, « il ne parle pas, est craintif, reste ainsi sans bouger, la tête baissée. Quand on entre dans sa chambre, il se met à trembler, se cache la figure avec le bras. Il parait avoir très peur. A force d'instances, on obtient de lui des réponses monosyllabiques : il dit avoir très peur des obus. Amélioration au bout de quelques jours. Il a encore des moments de peur : la nuit, il voit des couteaux; on veut le tuer, il entend crier... »

A son arrivée ici au C. N. de Limoges il se présente comme très déprimé. Il n'est pas désorienté, mais les réponses sont approximatives. Il s'immobilise, assis, la tête

baissée, le front contracté en un Ω mélancolique très net. Il paraît réfléchir profondément.

Aucun soin de sa tenue.

Tu souffres?... « Je m'ennuie ».

A quoi penses-tu?

« A rien ».

Qu'est-ce qui te fait souffrir?

« Ma tête... Quand je souffre trop, je voudrais être mort ».

Où as-tu mal?

« Il indique son front, et sa nuque ».

Et encore?

« Je n'ai pas de force ».

Tu es las de vivre?

« Oh oui ! » (d'un ton grave).

As-tu essayé de te détruire?

« Non ».

En insistant, on ne trouve pas qu'il ait fait de tentative de suicide.

Les réponses sont rapides, d'un seul jet, comme pour se débarrasser de l'interlocuteur.

Il n'a aucun souci de sa famille. Ne s'intéresse en rien à son accident.

«J'ai été enterré... » C'est tout ce qu'on peut obtenir comme récit de sa commotion. Ni date, ni lieu; pas de souvenirs de son évacuation. Il se rappelle un peu de son séjour à Guéret.

Il ne semble pas avoir d'onirisme car il se tourne vers l'interlocuteur quand on lui parle à voix basse; il ne sursaute pas, quand on lui adresse brusquement la parole. En somme, il est bien présent mais il souffre. Il a l'allure d'une Mélancolie stupide. Il n'a pas d'idées d'auto-accusation. Il fait de temps en temps quelques difficultés pour s'alimenter.

Etat saburral ordinaire des voies digestives. Médiocre état général, anémie. Légère inégalité pupillaire. Réaction un peu paresseuse à la lumière comme à la distance; fine trémulation des extrémités et de la langue.

Réflectivité tendineuse normale faible. Instabilité dans la station debout. Démarche hésitante.

Liquide céphalo-rachidien normal (rares lymphocytes, albumine 0.28, sucre 0.60). Le Wassermann est négatif.

L'enquête de gendarmerie et les notes de son Commandant de compagnie montrent qu'il s'agit d'un changement brusque et complet : Bon travailleur régulier. Très bon soldat. Trois ans de front. Pas d'hérédité mentale.

Diagnostic : Syndrome d'inertie mentale post-commotionnelle, à allure mélancolique.

Obs. LXIV. — Bouche... 37 ans. Cultivateur.

Entré le 14 février 1918.

Sorti le 6 juillet 1918.

Commotion par obus le 10 mai 1915 (billet d'origine).

Séjours à Poitiers et à Bordeaux. Réformé temporairement le 20 janvier 1917 avec le diagnostic : syndrome mental commotionnel caractérisé par de la sidération mentale et physique; tremblements, tachycardie, crises de larmes.

Il semble bien que son état ne se soit pas modifié depuis lors et il est resté tel pendant les quatre mois de son séjour ici.

Il accuse une sensation de fatigue constante, telle qu'il préfère rester inactif; des vertiges peu fréquents avec ébauche de chute, occasionnés par la fatigue, le soleil; des céphalées transitoires; des insomnies; des cauchemars sans caractères éthyliques; quelques vagues bourdonnements de l'oreille gauche.

Très peu instruit, ce cultivateur a conservé le peu de notions scolaires qu'il avait acquis. Il est bien orienté.

Son attention est normale tant spontanée que volontaire, mais il existe un état de torpeur légère caractérisé par un retard aux réponses et aux mouvements commandés.

Toute la mentalité est dominée par un état de tristesse et de pusillanimité à caractère enfantin. Vingt fois au cours

d'un examen il est pris d'une peur enfantine : Il sursaute, il questionne, il ébauche une crise de pleurs qui cesse en quelques instants. Il a peur de la piqûre, il a peur de l'appareil de Pachon. Il a peur de marcher les yeux fermés. Et à chaque fois une petite scène d'enfant. Dans ses rêves, il a peur des gendarmes.

Certains jours quand personne ne s'occupe de lui, il reste à pleurer dans son lit. La visite de sa sœur l'a réconforté pendant quelques jours.

Il ébauche de vagues idées de culpabilité. Il avoue à grand peine, et en sanglotant qu'il a déjà eu l'idée de se détruire. Mais il n'a fait aucune tentative.

Pas d'idées d'indignité.

Il n'a aucun souvenir de sa commotion.

En l'interrogeant longuement on lui fait retrouver des souvenirs tout à fait fragmentaires. Mais il est incapable de les localiser. Et ceci pour tout son temps de guerre. Dysmnésie rétrograde très marquée. Lacune complète pour la période de commotion.

Période crépusculaire reliant cette dernière à l'état actuel où il est bien orienté et peut raconter assez correctement ses dernières hospitalisations.

C'est un obèse dont les grands appareils sont cliniquement normaux, qui présente de l'éréthisme cardiaque avec tachycardie à 110-130. Instabilité du pouls. Le myocarde est un peu fatigué (Epreuve de Lian positive). La courbe thermique est très irrégulière. La courbe nycthémérale indique deux maxima. Réflexe oculo-cardiaque normal. Tension artérielle normale.

Anémie à 3.270.000 avec leucopénie et mononucléose.

Les réflexes tendineux sont exagérés et égaux. Le réflexe plantaire est en flexion. La force musculaire très diminuée. Limitation de l'extension du cou et de la partie supérieure du tronc avec quelques douleurs à ce niveau.

Pas de tremblement dans les intervalles de calme.

Pas de troubles vaso-moteurs, ni sensitifs, ni de l'équilibre.

Pupilles égales, réagissent bien.

Nystagmus spontané.

Le liquide céphalo-rachidien est hypertendu 40 avant l'écoulement de 10 centimètres cubes de liquide, 25 après. Albumine 0,22 par litre, glycose 0,25 à 0,30. Quelques lymphocytes dans toute la préparation. Wassermann négatif.

L'enquête de gendarmerie établit une hérédité vésanique maternelle. Elle montre de plus que Bouche... était un travailleur régulier avant la guerre.

Diagnostic : Commotion par obus. Syndrome d'inertie mentale avec idées mélancoliques et pusillanimité à caractère puéril.

Dans toutes les observations précédentes, le sujet pouvait encore participer relativement à la vie courante. Nous allons terminer cet exposé des plus caractéristiques de nos observations de syndrome d'inertie mentale par un cas où l'état démentiel isole entièrement le sujet :

Obs. LXV. — Mesur.... caporal, 38. Cultivateur.

Entré le 13 mars 1917. Sorti le 24 mai 1917.

Entré le 3 juin 1918. Sorti le 10 août 1918.

[Deux photos, l'une du sujet avant la commotion, l'autre prise actuellement].

Blessé à Verdun, le 14 avril 1916.

Le billet d'origine porte : légère plaie du nez, contusion de l'œil gauche. Contusions diverses. Commotion cérébrale. Confusion mentale.

Billet d'hôpital du 8 décembre 1916 :

Commotion par obus. Signes de réaction médullaire. État d'hébétude. Marche toujours très défectueuse.

Actuellement : sujet qui vous regarde sans bouger, sans parler, les yeux démesurément ouverts. Les gestes sont très lents. Il n'obéit aux commandements que lorsque l'on commence le mouvement. Il surveille l'entourage d'une façon un peu inquiète et esquisse par moments des gestes de fuite. Pour se déshabiller, il y met une grande lenteur. Il contemple chaque objet et s'arrête à chaque fois qu'il a enlevé un vêtement.

Abandonné à lui-même, il s'immobilise, tête baissée, semblant réfléchir, marmottant parfois.

Puis sa physionomie indique qu'il veut dire quelque chose. Il fait des efforts, la bouche ouverte, bégaye des sons inarticulés, se contracte et finalement à voix très crié il lance ces quelques mots : « C'est à Verdun que j'ai été blessé, Monsieur le major!... (Et après un long intervalle). J'ai été soigné à Lyon par le docteur R... » et il s'arrête définitivement après ces deux phrases sorties de la profondeur de son hébétude.

Il ne répond pas aux questions qu'on lui pose.

Si on lui parle, il regarde l'interlocuteur et recommence sa mimique de bégaiement. Après une demi-minute ou une minute d'effort vient une parole explosive ordinairement sans rapport avec la question; ce sont toujours les mêmes :

« J'ai été blessé à la guerre, Monsieur le Major!

« Je voudrais aller chez nous!

« Je voudrais vous demander, Monsieur le Major, pour aller voir ma Louise!

« Permission! Monsieur le Major! Permission!

« Je m'ennuie ici! Ma Louise, Monsieur le Major! »

Il ponctue ordinairement sa phrase d'un coup de poing sur le genou en même temps que les larmes lui montent aux yeux. Il sait son nom qu'il prononce en épelant, son pays d'origine et rien autre. Ni son âge, ni sa classe.

Quand sa sœur vient le voir, il la reconnaît avec d'abondantes larmes. Il nous la montre en pleurant : « C'est ma Louise, Monsieur le Major, ma Louise!... » Et c'est tout. Il ne peut rien ajouter. Mais le lendemain, il recommence à la demander et rien n'indique qu'il se souvienne de l'avoir vue, la veille.

Pendant l'examen somatique, il se laisse manier, tourner comme un enfant. Puis il parle :

« C'est mes reins et ma tête Monsieur le Major! Mes reins et ma tête! »

En effet, la pression sur la nuque semble douloureuse : à chaque fois, il fuit sans prononcer une parole, esquissant une grimace de douleur.

Il vit comme un automate. Rigoureusement indifférent à l'entourage. Il s'habille, se déshabille sans erreur, reste toute la journée immobile près de son lit, soit assis, soit couché. Quand on lui présente sa nourriture, il mange et boit seul, proprement, mais sans jamais rien demander. Il ne sort jamais que pour aller aux W.-C. d'un pas d'automate. Pas un seul cas de gâtisme. A la visite, il se place au pied de son lit comme les camarades. Quand on s'arrête devant lui, il commence son bégaiement et si on attend qu'il soit arrivé à extérioriser sa pensée, c'est l'une des phrases stéréotypées citées plus haut.

Il a cependant à deux reprises eut des phases de très légère agitation. Il ne mangeait pas ce qu'on lui servait et marchait dans la salle en pleurant et répétant : Ma Louise, permission! Au bout de 2 ou 3 jours, il reprenait son allure automatique.

L'état démentiel est donc complet.

L'enquête de gendarmerie, les dires de sa sœur, les notes du dossier indiquent chez cet homme une activité normale avant l'accident. Pas d'hérédité mentale.

Sa sœur raconte qu'en convalescence il vit comme ici. Il l'accompagne aux champs, mais ne saurait y aller seul. Par-

fois il joue avec les animaux comme un très petit enfant. Il est incapable de rendre aucun service.

A la fin de son premier séjour, il paraissait un peu amélioré. Il répondait à quelques questions, reconnaissait quelques objets usuels. Le jour de sa sortie, il avait conscience de son départ et a demandé à revenir ici s'il était encore malade.

Mais à son second séjour l'état démentiel s'était rétabli aussi complet et il a quitté définitivement l'hôpital sans nouvelle modification. Il comprenait encore qu'il allait chez lui, qu'il partait avec « sa Louise », mais c'était tout.

Les examens somatiques ont montré de multiples troubles nerveux.

A son entrée, la tête était immobilisée en flexion, le menton en avant. Les mouvements passifs étaient tous douloureux et limités; en particulier, l'extension était impossible. La palpation, la percussion de la nuque provoquent de la douleur. Ni œdème, ni déformation. Radiographie et radioscopie négatives.

Pendant son second séjour, la nuque était un peu moins raide, la tête un peu moins penchée mais l'impossibilité d'extension persistait.

Une nouvelle radiographie n'a pas montré de lésions décelables.

La marche est très troublée : il fléchit les genoux à chaque pas, sans steppage, en croisant les pieds. La faiblesse des jambes est révélée par l'impossibilité de la station unipède et surtout de la station sur la pointe des pieds.

La faiblesse des membres supérieurs est indiquée par l'impossibilité de porter un objet lourd et par la lenteur des gestes.

Les réflexes rotuliens et achilléens droits étaient nettement plus forts qu'à gauche pendant le premier séjour. Il y avait du faux clonus. Le réflexe plantaire se faisait en flexion des deux côtés.

A la seconde hospitalisation, les réflexes rotuliens et tibial droits étaient encore exagérés, mais les achilléens étaient égaux. Très léger amaigrissement du membre inférieur droit prouvé par la mensuration.

Les réflexes des membres supérieurs ont paru constamment égaux, mais très exagérés, surtout les tricipitaux.

Pas de troubles de sensibilité ni de vasomotricité.

Pas de tremblement, mis à part le tremblement de fatigue des membres supérieurs étendus.

Légère inégalité pupillaire (la gauche plus grande) à son premier séjour, alors que les pupilles étaient par la suite devenues égales. Elles ont toujours eu de bonnes réactions à la lumière et à la distance.

L'ouverture exagérée de la fente palpébrale paraît en rapport avec l'inclinaison de la tête. Elle a persisté sans modification.

Quelques secousses de nystagmus dans les regards latéraux. Fond d'œil normal.

Hypersensibilité galvanique. Otite catarrhale bilatérale légère.

Le liquide céphalo-rachidien présentait le 26 mars 1917 un culot très léger (4-5 lymphocytes par champ). Le 22 juin 1918, hypotension du liquide (7 avant l'écoulement de 10 cm^3 de liquide); albumine (0 gr. 26) et glycose (1 gr. 67). Donc hyperglycorachie très marquée. Cytologie normale.

L'examen des grands appareils est négatif.

Pas d'anémie à la formule sanguine. L'état général est mauvais. Courbe thermique normale.

Diagnostic : Démence post-traumatique avec troubles organiques diffus.

Telles sont les observations les plus caractéristiques que nous avons pu recueillir parmi les cas de syndrome d'inertie mentale. Nous nous sommes efforcés

de choisir des cas où la sénilité précoce ne peut pas être invoquée et nous avons noté chemin faisant combien étaient variables les petits signes nerveux diffus alors que l'ensemble psychiatrique est bien homogène.

X. — TROUBLES DU SYSTÈME SYMPATHIQUE CONSÉCUTIFS AUX ÉCLATEMENTS D'OBUS

Après une si longue étude psychiatrique nous passerons rapidement en revue les divers troubles organiques qu'il nous a été donné d'observer chez les militaires évacués du Front pour éclatement d'obus.

Nous verrons successivement les troubles viscéraux, atteinte de l'état général, troubles cardiaques, etc., puis les signes médullaires et enfin les symptômes encéphaliques.

*
* *

Parmi les troubles généraux nous rappellerons la fréquence de l'anémie chez les hommes évacués du Front pour éclatement d'obus. Ce symptôme banal se rencontre vraisemblablement chez beaucoup d'hommes ayant fait un long séjour au Front. Sur 58 cas, nous n'avons trouvé par deux fois qu'une formule sanguine normale. Or l'un des cas avait des troubles médullaires post-commotionnels, l'autre n'avait pas gardé de trace d'une perte de connaissance par obus. Mais tous deux n'avaient fait que quelques jours de Front.

Si nous ne voulons rien conclure de cette anémie,

parce que nous n'avons pas examiné suffisamment de sujets témoins, nous tenons à faire remarquer qu'elle peut expliquer bien des troubles subjectifs : céphalée, vertige, affaiblissement physique. Elle peut même s'accompagner d'un mauvais état général persistant.

Mais nous voulons insister un peu sur les troubles du fonctionnement cardiaque qui nous ont semblé directement consécutifs au traumatisme.

Nous avons déjà signalé la tachycardie continue de Bouche... Obs. LXIV avec instabilité du pouls, tension artérielle et réflexe oculo-cardiaque normaux.

Verg... Obs. XXVIII atteint à trois reprises par éclatement d'obus présentait à son premier séjour à notre Centre, c'est-à-dire un an et demi après son dernier traumatisme une instabilité considérable du pouls qui oscille autour de 60 chez le sujet couché et monte à 132 quand il est debout. L'épreuve de Lian fait monter le pouls à 180 et il faut 8 minutes pour qu'il redescende à l'état antérieur. Il existe de plus quelques irrégularités. La tension artérielle est à 17-11, amplitude II.

Auscultation du cœur négative. Le sujet se plaint de gêne fréquente dans la région précordiale.

A son second séjour, plus de deux ans après le dernier traumatisme, on notait une légère amélioration. L'instabilité cardiaque était un peu moins marquée, mais il existait alors de l'hypotension à 14-11, amplitude II que l'adrénaline a fait momentanément disparaître et qui s'accompagnait d'une légère ligne blanche. L'épreuve de Lian ne fait plus monter le pouls qu'à 112 et le rythme revient à la normale en 6 minutes. Le sujet souffre tou-

jours de faiblesse et de palpitation. D'après ses dires le début des troubles remonterait à son dernier accident. En tout cas, il n'était certainement pas dans cet état cardiaque lorsqu'il faisait son service.

Conclusion : Légère insuffisance cardiaque consécutive à trois traumatismes par éclatement d'obus.

Obs. LXVI. — Estiv... 28 ans. Tailleur de pierre.

Entré le 3 septembre 1918; sorti le 21 octobre 1918.

Le 19 décembre 1916, à Biaches, un obus a éclaté à un mètre d'Estiv... et l'a lancé dans un abri. Il a été brûlé légèrement à la joue gauche, sans tatouage, assourdi de l'oreille gauche, contusionné du thorax et du coude gauche.

Il a été sourd de ce côté pendant un mois et demi. Il a depuis lors des sifflements d'oreilles. Perforation du tympan gauche.

Il a rejoint son corps au bout d'un mois, ne conservant que ces troubles auriculaires, mais il avait de fréquentes céphalées et souffrait surtout de palpitations.

Le 18 juin 1918, il a été renversé par un éclatement d'obus sans perte de connaissance et n'a pas été évacué.

Par suite de bronchite, il quittait le front 12 jours après, avec le diagnostic : bronchite, tachycardie.

Ces deux commotions semblent donc se ramener la première à une contusion gazeuse du tympan gauche et à des contusions multiples par chute dans un escalier, la seconde à une émotion pure.

A son entrée au C. N. Estiv... présentait une tachycardie à 110. Quelques jours après, il est atteint de grippe. La broncho-pneumonie s'accompagne d'une atteinte myocardique : assourdissement progressif des bruits du cœur. Pouls à 120, petit, inégal. Rythme embryocardique très net pendant 2 jours, puis retour très lent à un timbre normal. Aire cardiaque sensiblement normale.

A sa sortie persistait une tachycardie à 116 chez le sujet couché, à 124 chez le sujet debout. L'épreuve de Lian montrait une persistance de l'insuffisance du myocarde.

Elle faisait monter le pouls à 152; neuf minutes étaient nécessaires pour le retour à la normale.

L'épreuve augmentait les inégalités du pouls.

Revu le 25 janvier 1919, Estiv... présentait un pouls à 128 au cours d'une marche très lente.

Cet homme est un tailleur de pierre que l'enquête de gendarmerie montre bon travailleur.

Il est impossible de croire que son myocarde était dans l'état actuel lorsqu'il faisait son travail ou son service. L'intéressé estime que ses palpitations remontent à sa première commotion.

Il ne présente aucun autre signe organique du système nerveux qu'une mydriase bilatérale, très marquée dans les premiers temps de son séjour, un peu atténuée, mais encore très visible par la suite. Pas de tremblement. Pas de goître. Mentalité normale.

Diagnostic : Insuffisance cardiaque, tachycardie continue, suite de commotion par obus.

Voici il nous semble trois cas que l'on peut ajouter aux observations de Charon du 17 août 1918. Enfin nous avons observé une atteinte plus profonde du fonctionnement cardiaque à la suite d'éclatement d'obus.

Nous reprenons l'observation XXVII.

Duter... 32 ans. Garçon-livreur en épicerie.

Entré le 12 juin 1918; sorti le 27 septembre

Entré le 5 octobre 1918; sorti le 14 janvier 1919.

En juillet 1916, à Soyécourt, un obus éclatant près de lui, l'a fait rouler dans un abri.

En septembre suivant, ont apparu des tristesses le pre-

nant au réveil avec des pleurs sans raison, sensation de striction à la gorge. Il a commencé à maigrir et à jaunir.

A partir du 4 août 1917, grandes crises d'hystérie.

Jamais d'ictère antérieur. Pas d'éthylisme, affirme-t-il.

Et d'autre part on ne constate pas de tremblement, de faciès allumé, de brusquerie des gestes, etc. Il n'a pas de crampes, pas de cauchemars éthyliques.

Il explique que ses crises succèdent en général à un voyage en chemin de fer. En effet, quatre jours après son entrée, il fait la violente crise de nerfs classique.

A ce moment, il a un sub-ictère sublingual et conjonctival très net. Les téguments se teintent un peu dans la suite. Pas de décoloration des matières. Cet ictère disparaît en 5 à 6 jours.

Le 29 juillet, nouvelle poussée d'ictère, plus franc que précédemment. Ictère cutané très net, mais léger. Œdèmes localisés aux dos des mains et aux paupières inférieures. Quelques petites crises de larmes, ce jour-là et les suivants. Le pouls est petit, à 124-128, un peu inégal, le sujet debout ; à 84, quand il est couché. Oligurie à 800-900. Urobilinurie. Pas d'albuminurie. Gêne dans la région précordiale et sensation de poids à l'épigastre et à la base du thorax droit. Souffre davantage pendant les digestions. L'épreuve de Lian montre que le myocarde est actuellement insuffisant. Le pouls monte à 140 et ne redescend au chiffre antérieur qu'à la 11e minute. Le foie est nettement augmenté de volume et douloureux au palper. Tension artérielle normale (19-13).

Amélioration très nette et rapide de la douleur hépatique et de l'état d'énervement; disparition des œdèmes, des crises, ralentissement du pouls et augmentation de la quantité des urines par un traitement approprié (régime lacté, calomel, digitaline, etc.).

L'ictère disparaît le 5 août.

Il semble donc s'agir d'un petit Foie cardiaque.

L'examen du système nerveux est entièrement négatif (réflectivité, motricité, sensibilité, vaso-motricité, synergies, équilibre, état oculaire. Réflexe oculo-cardiaque.) Le Wasserman du sang est négatif à deux reprises.

Nouvelle poussée d'ictère avec petites crises de nerfs vers le 23 août; amélioration rapide.

A son second séjour, il est très amélioré, par le régime lacto-végétarien, dit-il. Il présente encore dans les premiers jours une petite poussée d'ictère, d'œdèmes segmentaires et de pesanteurs épigastriques avec oligurie et tachycardie à 100, mais elle disparaît rapidement.

L'enquête de gendarmerie, les notes de son patron, sa citation établissent que c'était un très bon travailleur, un très bon soldat et qu'il exerçait un métier très pénible. Il est impossible de ne pas admettre que le début des troubles cardio-hépatiques, remonte aux mois qui ont suivi son accident par obus. Faut-il y voir un trouble du fonctionnement cardiaque post-traumatique?

En l'absence d'antécédents ou de stigmates d'éthylisme, le Wassermann étant négatif, nous croyons que cette opinion peut être soutenue.

Conclusion : Syndrome hyperémotif avec crises de nerfs et légère insuffisance cardio-hépatique consécutif à une émotion et à des contusions par éclatement d'obus.

Nous ne présentons cette dernière observation qu'avec quelque réserve, car à notre connaissance, il n'a pas encore été publié de cas de ce genre. Pourtant il s'agit là d'une simple extension des troubles du rythme cardiaque. Nous avons été surtout influencé par le parallélisme entre les crises d'hyperémotivité et les faits cardio-hépatiques. Il est d'autre part indéniable que Duter... est maintenant un grand émotif, ayant peur de

l'obscurité, ayant fait à une époque du bégaiement émotif, complètement désemparé par son état actuel, pleurant, et ne se montrant plus aussi capable qu'auparavant d'élever sa famille qu'il affectionne.

Si l'on n'hésite pas à rapporter ces troubles émotionnels à l'accident du Front, pourquoi mettre à part des troubles cardio-hépatiques si intimement liés aux premiers dans leur évolution.

Enfin nous allons présenter une observation d'hyperthyroïdisme très probablement consécutif à un éclatement d'obus.

Obs. LXVII. — Flop... 40 ans. Cultivateur.

Entré le 2 août 1918.

Sorti le 28 novembre 1918.

Au mois d'août 1917, devant Brimont, Flop... a été effrayé par un obus. Comme il se sauvait, il est tombé sur la tête et l'épaule gauche.

Il affirme que c'est depuis lors que son cou a grossi et qu'il a commencé à souffrir du cœur.

Evacué quelques jours après pour : hyperthyroïdisme.

Actuellement on constate une augmentation de volume des deux lobes du corps thyroïde qui sont soulevés par les violents battements des carotides. Il n'a pas d'exophtalmie mais présente du tremblement fin des extrémités étendues, plus marqué à droite.

Le pouls oscille autour de 100.

Le malade localise une douleur continue, sensation de pesanteur, avec des exacerbations, dans la région xyphoïdienne.

On constate à ce niveau de violents mouvements de saillie et de retrait, en même temps que de bascule, comme s'il y avait une adhérence péricardique à ce niveau.

La percussion montre une aire cardiaque considérable : cœur de bœuf ; la pointe bat dans le 6e espace.

La palpation révèle un frémissement dans la région xyphoïdienne.

A l'auscultation, double souffle à maximum aortique.

La radioscopie confirme cette hypertrophie du cœur. L'aorte est volumineuse, mais non ectasiée.

Examen pulmonaire négatif.

Foie petit.

Wassermann du sang négatif.

Etat général mauvais. Varices des membres inférieurs.

Téguments séniles.

Examen du système nerveux négatif.

Cet homme très affaibli, diminué par sa douleur constante, est incapable de tout travail, même léger.

L'état cardiaque peut être consécutif à la chute encore que le malade ne dise pas être tombé sur la région précordiale, mais sur l'épaule.

L'augmentation de volume du corps thyroïde daterait de cette époque et aurait été progressive.

L'enquête de gendarmerie montre que cet homme faisait son service auparavant.

Conclusion : Lésion cardio-aortique. Eréthisme cardiaque, augmentation de volume du corps thyroïde et tremblement apparu très probablement à la suite d'une émotion de guerre et d'une chute.

Nous terminerons l'exposé de ces troubles viscéraux en rappelant les troubles sudoraux si particuliers de l'observation LVIII du sergent Fontai... cette localisation du début des crises de sudation sur le territoire des nerfs sus et sous-orbitaires droits.

Ces observations peuvent être rangées, il nous semble, dans la pathologie du système sympathique.

A priori, l'ébranlement de l'organisme quel qu'il soit peut agir sur lui, tout comme sur le névraxe. On réserve pourtant plus habituellement le terme d'émotion pour désigner les modifications transitoires sympathiques.

XI. — LES TROUBLES MÉDULLAIRES SUITES D'ÉCLATEMENT D'OBUS A PROXIMITÉ

Les observations les plus concluantes que nous avons pu recueillir sur les troubles médullaires consécutifs à un éclatement d'obus proche comprennent des cas de gravité croissante.

On y remarque :

1° Que les lésions sont disséminées.

2° Qu'elles ont une remarquable tendance à la guérison avec de très petit foyer résiduel tenace.

3° Que les cas où le sujet a été atteint exclusivement par le vent d'obus ne diffèrent en rien des autres où il s'agit toujours d'ensevelissement.

Obs. LXVIII. — Aspirant Merli.., 21 ans.

Entré le 27 juillet 1918, sorti le 28 septembre.

Entré le 12 décembre 1918. Sorti le 15 janvier 1919.

Le 3 juin 1918, à Dommiers, l'aspirant Merli... était entrain de courir dans un champ, courbé en avant, quand un « fusant » a éclaté juste au-dessus de lui. Il a eu la sensation d'être aplati par terre sur le ventre comme si « quelque chose avait passé sur lui ».

Il a été étourdi par le choc pendant quelques minutes. Revenu à lui, il avait mal aux reins, n'avait pas de blessure,

saignait du nez, avait la figure pleine de terre. Il insiste sur cette sensation d'aplatissement du ventre.

Relevé, il a couru jusqu'à l'endroit où il se rendait, n'ayant donc pas perdu le fil de ses idées. Il a rejoint sa section, a dit son Commandant. « Il y a un obus qui a éclaté au-dessus de moi ». Il l'a suivi en titubant, puis il a voulu commander quelque chose et il est tombé sans connaissance.

Il est revenu à lui à l'ambulance divisionnaire le soir même. Depuis lors, tous les souvenirs sont normaux.

A son entrée, il était en légère plicature lombaire. Il marchait lentement en se tenant les hanches, ne pouvait s'étendre complètement dans le décubitus dorsal qu'au prix d'une vive émotion. Il se fatigue très vite en marchant, accuse du dérobement des jambes, de la lourdeur dans tous les membres, quelques troubles du sphincter vésical et surtout une constipation tenace qu'il n'avait pas auparavant. Il ne peut être débarrassé que par des lavements. Il explique qu'il ne sent pas son intestin se contracter malgré ses efforts. Frigidité sexuelle.

Il a de plus des cauchemars guerriers.

Un traitement approprié fait disparaître la plicature. La constipation est améliorée par le traitement électrique.

Une ponction lombaire fait reparaître momentanément ces deux symptômes.

On constate à la percussion des apophyses épineuses des 7e et 8e dorsales d'une part, de la 2e lombaire d'autre part, une légère douleur qui se retrouve à tous les examens. Inspection, palpation, mobilisation, radiographie de cette région sont cependant négatives.

Le sens des attitudes est très nettement troublé à tous les examens aussi bien pour les membres supérieurs que pour les membres inférieurs. Entre autres, le trouble du demi-tour est particulièrement frappant chez un moniteur de gymnastique.

L'épreuve de Babinski-Weil montre une déviation cons-

tante vers la droite par inégalité des pas et rotation du tronc ; s'il est sensibilisé par un demi-tour YF, il élargit sa base de sustentation.

Les réflexes tendineux sont normaux, égaux, plutôt faibles.

Les réponses aux divers examens de sensibilité ne sont pas aussi rapides à la région périnéo-génitale qu'ailleurs.

Les autres examens neurologiques sont négatifs. Pupilles normales.

Le liquide céphalo-rachidien est hypertendu (36 avant l'écoulement). Il est normal en teneur d'albumine (0,30), de sucre (0,50). La cytologie y est normale. Le Wassermann est négatif.

Il fait au cours de son séjour une période de rétention vésicale pendant laquelle les sondages sont nécessaires. L'urine est purulente. Pas de gonocoques, — mais de très nombreuses bactéries ayant les caractères morphologiques et culturaux du coli-bacille.

Pas d'anémie. Il n'a fait au front que 5 jours de présence.

Mentalité normale.

A son second séjour, Merli... complètement redressé ne se plaignait plus que de sa constipation.

Elle est aussi tenace qu'aux premiers jours. L'électricité ne lui fait plus d'effet. Il ne va jamais spontanément à la selle, tous les purgatifs sont inutiles.

Un lavement évacuateur seul agit, probablement d'une façon mécanique.

Les urines étaient normales.

Mais le sujet se fatigue encore vite à la marche et le sens des attitudes est encore troublé aux membres inférieurs.

Diagnostic : Commotion médullaire par vent d'obus. Plicature. Atteinte de la moelle sacrée. Persistance d'une constipation opiniâtre.

Obs LXIX. — Caporal Leymar... 24 ans. Boucher.

Entré le 24 juillet 1918.

Sorti le 24 septembre 1918.

Le caporal Leymar... a été contusionné le 23 mars 1918, à Tergnier, par un mur renversé par un obus. Il s'est évanoui et n'a repris connaissance que quelques heures après à l'ambulance. Il n'avait pas de plaies, mais des contusions nombreuses du ventre et de la région lombaire.

Epistaxis. Pas d'otorrhagie.

Il était incapable de remuer.

Il est resté alité un mois, perdant ses matières et ses urines, ayant les membres inférieurs paralysés, ne pouvant remuer sans douleur les membres supérieurs.

L'amélioration s'est faite lentement, heureusement influencée par une ponction lombaire qui a donné issue à un liquide clair et normal.

Un mois et demi après le traumatisme, il commençait à remuer les jambes.

Au bout de deux mois, les sphincters fonctionnaient normalement mais il était constipé.

Au Centre de neurologie de Caen, on lui a fait abandonner béquilles et cannes par la rééducation. Les réactions électriques des membres inférieurs étaient normales.

Le dossier spécifie qu'à son départ de ce centre, il ne persistait plus de la paraplégie existant à l'entrée, qu'une monoplégie crurale gauche en voie de guérison.

A son entrée au Centre neurologique de Limoges, le malade présente du steppage du pied gauche qui est pendant et ballant dans la position assise les pieds sans appui, une impotence fonctionnelle complète du pied et des orteils, une diminution considérable de force dans les mouvements de la jambe sur la cuisse.

Les masses musculaires des deux membres inférieurs sont flasques, certainement atrophiées. La mensuration ne révèle pas de différence.

La station unipède gauche est impossible.

L'achilléen gauche d'amplitude normale, est nettement

plus lent que le droit, alors que les réflexes des jumeaux sont égaux et d'amplitude normale.

Il a encore de la pollakiurie avec mictions impérieuses : une quinzaine de mictions diurnes avec 4 ou 5 nocturnes. Il n'a plus de troubles du sphincter anal.

Pas de troubles sensitifs. Pupilles normales. Examen négatif par ailleurs.

Mentalité normale. Aucun malaise subjectif.

On constate au cours de son séjour, une amélioration rapide. Les mouvements d'extension des orteils deviennent possibles. Le steppage s'atténue.

A sa sortie, on ne trouve plus qu'un steppage insignifiant, tous les mouvements du pied et de la jambe se font presque complètement mais avec encore un peu de faiblesse. Les mouvements de la jambe sur la cuisse se font avec plus d'énergie. La station unipède gauche est devenue possible. Mais l'achilléen gauche est encore plus lent que le droit. Les deux membres inférieurs sont encore amaigris.

Conclusion : Contusion médullaire. Paraplégie avec troubles sphinctériens. Régression rapide telle qu'au bout de 4 mois il ne persiste plus qu'une paralysie du centre des muscles antéro-externes de la jambe gauche. Cette paralysie disparaît presque entièrement en deux mois.

Après ces deux cas légers, nous présenterons des paraplégies plus durables.

Obs. LXX. — Mell... 25 ans. Mineur.

Entré le 10 décembre 1918.

Sorti le 15 janvier 1919.

Le 31 mai, à Villers-Cotteret, tandis qu'il tirait à la mitrailleuse en terrain plat, un obus a éclaté sur son groupe. Il a perdu connaissance aussitôt. C'était vers 18 heures.

Le lendemain matin au petit jour, il s'est retrouvé sur le

terrain. Il était entre les deux lignes. Des camarades sont venus le chercher comme il essayait de se traîner à quatre pattes. Il tremblait, saignait du nez. Pas d'otorrhagie. Pas de plaies. Il souffrait des jambes et des reins.

Il se plaint depuis lors de faiblesse des membres inférieurs.

L'examen montre que 4 mois après, il persiste une parésie des membres inférieurs avec légers troubles sphinctériens.

L'exagération des réflexes rotuliens est telle qu'une extension de la cuisse vient s'ajouter à celle de la jambe quand on percute le tendon rotulien. Exagération des réflexes tibiaux. La réflectivité des quadriceps cruraux est exagérée. Les achilléens et médio-plantaires sont amples et lents.

Tremblement dans l'élévation des jambes du plan du lit qui ne se fait qu'avec lenteur et au prix de grands efforts.

Au garde-à-vous il oscille les yeux ouverts. La marche en avant se fait assez rapidement mais en écartant un peu les jambes. La marche en arrière est très mal assurée : il talonne et élargit beaucoup la base de sustentation. Ces troubles sont à peine augmentés par l'occlusion des yeux. La station unipède est impossible. L'épreuve des mouvements de résistance montre une réelle diminution de force.

Les membres inférieurs ont une rigidité anormale.

Pas de trouble de sensibilité ni d'amyotrophie.

Faiblesse du sphincter vésical : pollakiurie et mictions incomplètes. Diminution des érections.

L'examen du reste du système nerveux est entièrement négatif, tant pour les membres supérieurs que pour les pupilles et la face.

Les viscères sont cliniquement sains. L'état général bon. Anémie à 3.200.000. Liquide céphalo-rachidien un peu hypertendu (30 avant l'écoulement), hypoalbumineux 0,18 et hypoglycosique 0,30 avec une cytologie normale et un Wassermann négatif.

Le réflexe oculo-cardiaque est normal.

Meli... accuse de plus quelques céphalées, des cauchemars guerriers peu fréquents, une sensation de fatigue, des peurs nocturnes et un peu d'irascibilité.

L'examen psychiatrique montre une mémoire rudimentaire de sujet inculte, l'attention spontanée est normale. L'attention volontaire est suffisante pour la vie courante. Activité générale normale.

La commotion ne l'a pas diminué au point de vue mental, mais elle a certainement atteint sa moelle.

Conclusion : Parésie spasmodique des membres inférieurs, avec troubles sphinctériens, suite d'éclatement d'obus ayant très probablement projeté le sujet.

Revu le 10 décembre 1918 très légèrement amélioré.

La réflectivité tendineuse et musculaire des membres inférieurs est encore exagérée, mais il marche en écartant un peu moins les jambes.

La démarche en arrière est plus assurée. La station unipède est devenue possible. L'épreuve des mouvements de résistance montre une amélioration de force. Les membres n'ont plus une rigidité anormale.

Pas d'amyotrophie appréciable à la mensuration et au palper.

Atténuation des troubles vésicaux.

La sensation de fatigue, les peurs nocturnes persistent avec un léger degré d'hyperémotivité.

L'évolution favorable semble donc bien indiquée, encore que le sujet soit toujours très diminué.

Obs. LXXI. — Sergent Bourg..., 34 ans. Secrétaire de mairie.

Entré le 14 août 1918.

Sorti le 26 octobre.

Le 4 avril 1918, à Urvilliers, vers dix heures du matin il

allait porter un ordre. Entendant arriver des obus tout autour de lui, il se couche sous un poirier précédemment coupé.

« J'étais allongé de tout mon long, les obus tombaient tout autour de moi. Je me cachais comme je pouvais. Un obus est arrivé sur le tronc du poirier, un gros tronc d'un mètre. Je n'ai reçu ni pierres, ni branches, mais j'étais fou. Je me suis levé et me suis mis à courir. Je ne me suis pas occupé des obus après. J'étais à 30 ou 40 mètres du poste de secours qui était dans une cave, j'y suis arrivé. Après... Je ne sais plus. J'ai perdu connaissance pour ainsi dire. Je suis resté là jusqu'au soir. J'étais sourd, j'avais des bourdonnements d'oreilles. Je n'avais pas de plaies. Je ne pouvais pas causer. Je bégayais. On ne me comprenait pas.

Le soir, « la voiture m'a conduit à Flavy-le-Martel. Je ne pouvais pas marcher. Je suis resté 4, 5 jours alité à l'infirmerie ».

Il avait alors des douleurs dans la hanche et la jambe droite et ne portait pas de traces de contusion.

Il s'est remis à marcher après 4, 5 jours mais il s'est aperçu qu'il traînait la jambe droite. Il a continué cependant. La marche est devenue de plus en plus difficile, puis la jambe gauche s'est prise à son tour. Il avait alors de la constipation et devait faire de violents efforts pour uriner.

Une ponction lombaire faite à Compiègne améliora les troubles de la marche mais exacerba une céphalée antérieurement légère. Elle s'accompagnait d'éblouissements, de scintillements devant les yeux.

Le tremblement et le bégaiement s'atténuaient peu à peu. Il ne subsistait plus que les bourdonnements d'oreilles et les troubles de la marche, quand il est parti en convalescence au début de juin 1917. C'est alors qu'il a remarqué que ses jambes maigrissaient.

Il est retourné deux fois au front, mais a dû en être évacué aussitôt.

Actuellement, un an et demi après l'accident, on se trouve

en présence d'un sujet un peu triste, un peu diminué au point de vue énergie morale, mais intact au point de vue intellectuel. Cet instituteur a conservé des réponses précises, exactes, rapides (avec date). Il déclare avoir pu continuer son travail de fourrier. Il semble tel qu'il était avant la guerre au point de vue mental, si on en juge par l'enquête de gendarmerie.

On constate une amyotrophie évidente des deux membres inférieurs, un peu plus marquée à gauche d'après la mensuration (2 centimètres). Abaissement du pli fessier et aplatissement léger de la fesse droite.

Inégalité des réflexes rotuliens, le gauche plus vif et plus ample que le droit.

Les achilléens sont égaux.

Réflexe plantaire droit en extension avec signe de l'éventail et contraction du tenseur du fascia lata. La percussion, la station debout provoquent la danse des rotules que la marche atténue au contraire.

La faiblesse des membres inférieurs est prouvée par l'impossibilité de la station unipède, car le genou droit fléchit immédiatement et le gauche au bout de quelques instants, — par le dérobement des jambes après une station debout de quelques minutes, — et par l'épreuve des mouvements de résistance.

Il boite à gauche, exécute difficilement le demi-tour les yeux ouverts, a une certaine peine à se lever et à s'asseoir sur un siège.

Aucun trouble de sensibilité.

Il n'a plus de troubles vésicaux, mais la constipation persiste. Les membres supérieurs ont une réflectivité et une sensibilité normales. Ils présentent cependant un peu de faiblesse.

Le sens des attitudes est plus troublé aux membres inférieurs qu'aux supérieurs.

Le liquide céphalo-rachidien est normal. Le Wassermann en est négatif.

Viscères cliniquement sains. Anémie modérée.

Conclusion : Parésie des membres inférieurs avec troubles sphinctériens, en voie de régression, consécutive à une commotion médullaire par vent d'obus.

Cette observation est des plus intéressante. On y voit :

1° L'action traumatisante du vent d'obus sur la moelle, sans qu'aucun autre agent puisse être invoqué, le sujet était couché.

2° Il s'agit d'une commotion médullaire retardée.

3° L'organicité de la paraplégie est indéniable en présence du signe de Babinski, des troubles des réflexes, de l'amyotrophie.

4° Les accidents de nature émotionnelle ont seul occupé la scène pendant les premiers temps. On peut ici dissocier le facteur Peur du facteur Traumatisme physique. Car ce gradé avait peur, puisqu'il avait interrompu sa mission pour se coucher par terre. Quant au traumatisme physique, il n'a pas été ressenti sur le coup probablement à cause de la peur du sujet, mais il est indéniable par ses effets.

Obs. LXXII. — Gimaz..., 36 ans. Cultivateur.

Entré le 29 juillet 1918.

Sorti le 16 octobre 1918.

Le 15 juin 1915, à Cormicy, Gimaz... a été projeté en l'air par une mine ayant éclaté sous la tranchée. Il raconte une période d'amnésie qui a disparu progressivement en quelques semaines. Il marchait alors avec difficulté, souffrant des jambes, mais sans canne.

Pendant sa convalescence, se croyant guéri, il fait coup sur coup deux marches de 4 ou 5 kilomètres. A la seconde, il

ne pouvait arriver à l'étape. Il était si fatigué qu'il n'a pas pu manger. En se levant, il fait encore quelques pas, et au bout de 200 mètres, il s'effondre à terre. Ceci le 23 août 1915, 2 mois après le traumatisme. L'impotence fonctionnelle était complète et s'accompagnait de troubles sphinctériens. Deux mois d'alitement. Il a recommencé à marcher avec deux cannes, puis une seule.

Il a fait un séjour de deux ans au C. N. de T... Là, à deux reprises, il aurait présenté de la confusion mentale.

Il sort très amélioré le 28 avril 1918, avec le diagnostic de : paraplégie sans lésion organique et de nature névrosique.

A l'entrée, 29 juillet 1918, on constate un mauvais état général, un amaigrissement très marqué, une anémie à 3 millions avec leucopénie. Amyotrophie extrême des membres inférieurs qui font contraste avec les membres supérieurs. La mensuration ne montre pas de différence.

Les réflexes rotuliens sont exagérés ainsi que les tibiaux alors que les achilléens sont normaux.

Le réflexe plantaire est en flexion.

Hypotonie des membres inférieurs.

Pas de trouble de sensibilité, ni de troubles sphinctériens. La faiblesse musculaire des membres inférieurs est prouvée par la lenteur des mouvements qui ne s'effectuent qu'avec tremblement.

Très légère paralysie faciale inférieure gauche.

Après un traitement général, on constate une amélioration considérable des troubles de la marche.

Il ne se sert plus de sa canne et ne tremble plus dans la station debout.

Les mouvements des membres inférieurs sont un peu plus rapides. La mensuration montre que le tour de cuisse et de mollet a augmenté, mais le contraste persiste avec les membres supérieurs.

L'enquête de gendarmerie établit que Gimaz... était un cultivateur très robuste, « doué d'une force peu commune ».

ce qui correspond bien à ses dires. On ne peut donc douter que l'état actuel de ses membres inférieurs est très différent de ce qu'il était avant la guerre. La nature organique de cette parésie ne peut donc pas être mise en doute.

Illettré complet avec une attention et une mémoire normales pour un sujet de sa condition.

Querelleur, taquin, nullement diminué au point de vue sociabilité.

Diagnostic : Parésie des membres inférieurs avec amyotrophie. Apparition tardive après une commotion par obus.

Obs. LXXIII. — Caporal Gira.., 27 ans. Maraîcher.

Entré le 17 mai 1918.

Sorti le 12 septembre 1918.

Après deux blessures sans conséquence en 1914-15, Gira... a été commotionné par éclatement d'obus à la Côte de l'Oie, le 10 mars 1918. Il était en terrain découvert. Un obus l'a enlevé de terre. Il n'a perdu connaissance qu'en retombant. Il est bientôt revenu à lui, a constaté qu'il ne pouvait pas se relever. S'est traîné à plat ventre jusqu'au Poste de Secours. Pas d'épistaxis Pas d'otorrhagie. Pas d'amnésie.

Il a été muet pendant 6 jours, puis aphone et enfin la parole est complètement revenue. Il a commencé à marcher avec des béquilles un mois et demi après. Actuellement, et depuis la fin d'août, il se sert de deux cannes.

On constate une paraplégie spasmodique des membres inférieurs qui a été accompagnée de troubles vésicaux et de constipation jusque dans ces derniers temps.

Frigidité sexuelle qui persiste encore actuellement.

Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont exagérés avec tremblement prolongé consécutif à la percussion.

Amyotrophie très marquée aux deux jambes et légère aux deux cuisses. La mensuration montre que le membre droit est moins volumineux que le gauche.

Rigidité des membres inférieurs.

Faiblesse extrême. La station debout sans canne n'est possible que peu de temps. Tous les mouvements des membres inférieurs sont conservés, mais lents et faibles.

Légère déviation des pieds en varus.

Refroidissement et cyanose des pieds.

Il existe à des examens répétés à intervalle, une hypoesthésie tactile des deux membres inférieurs avec troubles très nets de la sensibilité thermique au niveau des pieds et de la partie inférieure des jambes : dissociation syringomyélique.

Le signe de Babinski est en flexion des deux côtés. Les réactions électriques sont normales.

Aux membres supérieurs, les réflexes sont forts. La dynamométrie et l'épreuve des mouvements de résistance montrent un certain degré de faiblesse.

Il existe une douleur constante, exaspérée par la station debout et la percussion, au niveau de la dernière cervicale et des premières dorsales. L'extension est limitée à ce niveau.

La radiographie, la radioscopie n'ont rien montré d'anormal.

Le liquide céphalo-rachidien est légèrement hypertendu (25 avant l'écoulement); la cytologie et le taux albumineux sont normaux. Mais la teneur en glycose est de 1 gr. 10. Le Wassermann est négatif.

Pas de troubles de la musculature externe, ni interne de l'œil. Mais les papilles sont légèrement floues avec veines tortueuses.

Pas de troubles de l'audition ni du vertige voltaïque.

La formule sanguine montre une anémie à 3.400.000.

La pression artérielle, le réflexe oculo-cardiaque sont normaux.

En outre des troubles de la marche et de la douleur dans la région cervico-dorsale, le malade se plaint d'élancements

dans le membre inférieur droit et la région lombaire. Il a une sensation de fatigue extrême déterminée par le moindre effort, fatigue qui s'accompagne d'éblouissements, de rougeur généralisée et de sueurs abondantes.

Il y a de plus une céphalée frontale constante, des cauchemars guerriers sans aucun caractère éthylique, sans onirisme. Il craint le bruit.

La parole est normale ainsi que les jeux de physionomie quoiqu'il ouvre un peu exagérément les yeux à chaque fois qu'il parle.

L'état mental est absolument normal.

Conclusion : Paralysie spasmodique avec amyotrophie et dissociation syringomyélique, actuellement en voie d'amélioration, consécutive à l'éclatement proche d'un obus.

Lésions minimes disséminées.

On voit combien en ce dernier cas les lésions sont disséminées; quoique la paraplégie soit prédominante, les membres supérieurs ne sont pas intacts. Il y a des signes oculaires et des troubles subjectifs encéphaliques.

C'est la transition naturelle avec le groupe suivant.

Cette multiplicité des signes organiques n'a rien d'étonnant quand on songe à la complexité du traumatisme au cours d'une explosion.

En voilà un dernier exemple :

Obs. LXXIV. — Sales... 30 ans. Dentiste.

Entré le 8 juillet 1917.

Sorti le 13 octobre 1917.

Le 22 avril 1915, un éclatement d'obus a enterré totalement cet homme. Dégagé immédiatement, il a repris connaissance aussitôt. D'après ses dires, il aurait eu une exophtalmie bilatérale immédiate si marquée que le médecin aurait dû lui

replacer les globes oculaires avec une pince. Ceci fait, il voyait trouble mais il voyait. On peut accorder à ce récit quelque créance, vu la profession du blessé. Il saignait alors des deux oreilles et avait une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit.

A l'ambulance, écoulement de liquide céphalo-rachidien pendant 2 jours. Donc, fracture de la base du crâne.

Il avait de la céphalée et une surdité complète.

Il a craché du sang. Il ne tremblait pas. On ne lui a pas fait de ponction lombaire.

A Tours, soigné pour son otite bilatérale. L'exophtalmie diminuait.

A son retour au dépôt en juillet 1915, il s'est aperçu que ses mains commençaient à trembler.

En septembre, ont apparu des troubles de la marche plus marqués dans l'obscurité.

En mai 1916, alors qu'on lui faisait faire une période de réentraînement il s'est aperçu que son épaule droite était abaissée, ce qui contrariait le port du sac.

Il a commencé à trembler de la tête.

Soigné deux mois à Narbonne (août-septembre 1917) pour atrophie du trapèze droit. L'oreille suppurait toujours. Extraction de nombreuses concrétions crétacées. C'est alors qu'ont apparu des vertiges avec effondrement des jambes et parfois incapacité de se relever.

A la fin de son séjour à Narbonne, il contracte la syphilis qu'il fait aussitôt soigner.

Actuellement on constate :

Une exophtalmie bilatérale plus prononcée à droite avec injection habituelle des conjonctives. Légère mydriase droite sans troubles des réflexes, ni lésions du fond d'œil.

Il existe des phénomènes spasmodiques : strabisme convergent spastique, et faux signe de De Greeffe par rétraction du releveur palpébral et du frontal.

Vision accusée 7/10 de chaque œil.

Le malade accuse de rares douleurs intra-oculaires : une sensation de piqûre dans le milieu de chaque œil.

Il affirme que son exophtalmie est en voie de diminution. Ni goître, ni tachycardie.

Une légère amyotrophie du trapèze droit ainsi que du sus- et sous-épineux. Epaule droite abaissée. Tête penchée à droite. Douleur constante au niveau de l'apophyse épineuse de la première dorsale : sensation de torsion diurne et nocturne exacerbée par le décubitus dorsal, par la pression en ce point.

Inspection, palpation, radiographie négatives.

Tremblement intentionnel des membres supérieurs plus accusé à droite, disparaissant presque entièrement par le repos, apparaissant par la marche et surtout par la préhension d'un objet où il devient très fort, à grandes oscillations.

Tremblement de la tête existant certains jours au repos; en tout cas apparaissant toujours par la marche et la station debout.

Parole un peu pâteuse, traînante, mais non pas scandée. Il arrive à dire les mots d'épreuve avec beaucoup de peine, en faisant des grimaces d'application. Voix rauque. Tremblement de langue et des lèvres en parlant. Tremblement des mâchoires. Pas de paralysie faciale.

Des troubles de la marche : démarche ébrieuse très prononcée les yeux fermés alors qu'elle suit la rectitude sous la correction du regard. La station debout, les yeux fermés s'accompagne de grandes oscillations sans chute, mais si le malade est sensibilisé par un demi-tour, il tombe en arrière.

Les réflexes tendineux et musculaires des membres inférieurs sont normaux.

Il accuse de violentes détentes des jambes pendant la nuit.

Troubles des synergies des membres supérieurs (marionnettes, etc.).

Enfin il existe de légers troubles du sphincter vésical sans

anesthésie viscérale, et des troubles auriculaires : légère diminution d'acuité auditive, otite catarrhale droite chronique. Le liquide céphalo-rachidien est normal au point de vue cytologie et teneur en albumine.

On se trouve donc en présence de lésions complexes : syndrome de sclérose en plaque, troubles des synergies, amyotrophie partielle, exophtalmie accompagnée de phénomènes spastiques.

Pas de troubles des sensibilités objectives.

La mentalité ne semble en rien atteinte par le traumatisme. Léger déséquilibre mental existant antérieurement d'après son histoire et s'étant traduit pendant son séjour ici par une courte fugue consciente.

Diagnostic : Lésions nerveuses multiples à développement tardif consécutives à un écrasement du crâne et de la colonne cervico-dorsale, par éclat d'obus.

Loin d'être en régression comme dans les cas précédents, ces lésions réactionnelles semblent progresser. Nous avons atteint ici les limites de notre étude.

Le trauma physique est allé jusqu'à la fracture du crâne. Mais comme d'autres contusions sont venues compliquer la scène, Sale... peut être encore considéré comme le blessé par éclatement d'obus à lésions nerveuses multiples.

XII. — LES TROUBLES ENCÉPHALIQUES SUITES D'ÉCLATEMENT D'OBUS A PROXIMITÉ.

Notre dernier chapitre va réunir les principaux troubles organiques encéphaliques que nous avons observés chez les sujets atteints par un éclatement proche d'obus.

Comme nous estimons qu'il s'agit d'une contusion crânienne ou cervicale dont l'agent traumatique ne peut être connu, nous classerons nos observations selon les indices que nous avons pu recueillir du point d'application de la force.

D'abord voyons un cas où le traumatisme physique local est indéniable :

Obs. LXXV. — Deni... 30 ans. Gardien de la Paix.

Entré le 12 avril 1918.

Sorti le 18 juin.

Blessé le 15 septembre 1916 à Bouchavesnes par un éclat d'obus qui lui a perforé le massif facial de part en part.

O. E. Très petit à 4 centimètres en avant du tragus de l'oreille droite.

O. S. Région malaire gauche. Etoilé, un peu déprimé.

Déformation du nez qui est dévié à gauche. Le blessé se plaint encore de sinusite.

Trace de cal à la partie moyenne du palais osseux.

Une petite fistule au niveau de la canine gauche.

Autre blessure à la nuque ayant laissé une très petite cicatrice.

Il vient consulter pour des céphalées, des vertiges, de la fatigue.

La ponction améliore beaucoup la céphalée : elle montre un liquide hypotendu sans réaction lymphocytaire.

Wassermann négatif.

Les vertiges qui apparaissent après l'effort ne provoquent pas de chute.

On constate une inégalité pupillaire constante (la pupille gauche plus grande) avec bonnes réactions à la lumière et à la distance. Hippus normal.

Pas de paralysie de la musculature externe. Mais nystagmus horizontal dans les regards latéraux.

La marche se fait en zig-zag, les yeux fermés. Déviation vers la droite dans l'épreuve de Babinski-Weill.

Légers troubles du demi-tour, les yeux fermés.

Le vertige voltaïque et la marche sous courant galvanique montrent une tendance à la chute en arrière et à droite.

Pas d'otorrhagie antérieure. Actuellement, pas de bourdonnements d'oreille.

Tremblement fin généralisé lorsque le sujet est un peu ému. Tremblement de la langue avec achoppement aux mots d'épreuve.

Réflexes tendineux vifs, égaux.

Pas de troubles sensitifs, ni moteurs.

Viscères cliniquement sains. Réflexe oculo-cardiaque normal. Formule sanguine normale.

Amnésie lacunaire de quelques heures consécutive à la blessure. Pas de troubles de mémoire antéro ni rétrograde.

Attention, affectivité, intelligence, conduite journalière absolument normales.

Sujet qui désire vivement reprendre son ancien métier de gardien de la paix et qui paraît bien avoir l'énergie nécessaire.

Diagnostic : Blessure du massif facial. Légers troubles nerveux commotionnels : inégalité pupillaire ; troubles de l'équilibre.

Citons maintenant des cas où le traumatisme cervical paraît indiqué par la symptomatologie actuelle.

Obs. LXXVI. — Gallo... 33 ans. Cultivateur.

Entré le 15 octobre 1918.

Sorti le 14 janvier 1919.

Le 24 septembre 1918. Gallo... a été commotionné par obus.

Perte de connaissance complète pendant 4 ou 5 jours avec amnésie rétrograde. Retour lent et progressif à la conscience claire.

Arrivé ici le 15 octobre, il présentait des contusions de tout le corps : région malaire gauche, bras et avant-bras droits, coude gauche, jambe droite, cuisse gauche. Pas de blessure du cuir chevelu.

Il accusait une vive douleur dans le côté gauche. Un bandage de corps le soulage.

Il était confiné au lit avec un très médiocre état général ; tous les mouvements étaient lents et très faibles.

Il se plaignait d'une douleur au niveau de la nuque et d'une fatigue extrême.

On constate une hyperréflectivité tendineuse et musculaire extrême, telle que la percussion rotulienne amène une flexion de la cuisse sur le bassin en même temps que l'extension de la jambe, — telle que la percussion tibiale amène l'extension de la jambe — et la percussion de l'épicondyle la flexion de l'avant-bras. Tous les réflexes sont égaux. Clonus qui dure très longtemps, mais finit cependant par s'épuiser.

Pas de signe des Sternos.

Signe de Babinski en extension à gauche avec ébauche

d'éventail et contraction du tenseur du fascia lata. Réflexe plantaire en flexion à droite.

Ni hypotonie, ni rigidité musculaire, ni myo-œdème.

Limitation de l'extension de la nuque telle que le regard ne dépasse que de peu l'horizontal. Légère limitation de la flexion et de l'inclinaison latérale.

La partie supérieure du trapèze est un peu sensible à la pression. Le reste de la colonne vertébrale est d'une souplesse normale.

Légère paralysie fasciale droite.

Pas de troubles de sensibilité, ni des synergies.

Le liquide céphalo-rachidien est normal (tension, albumine, sucre). Le Wassermann, en est négatif.

Hypotension artérielle avec ligne blanche.

Très lentement, avec un traitement approprié, le malade s'améliore et peut se lever. Mais il est d'une faiblesse extrême. Il marche avec une grande lenteur et ne peut soulever aucun poids un peu lourd.

L'inégalité pupillaire présente nettement des variations d'intensité. Elle disparaît même entièrement certains jours.

Pas de lésion du fond d'œil V = 1 de chaque côté. Bonne perception des couleurs. Champ visuel normal.

L'hyperréflectivité tendineuse diminue peu à peu.

On peut alors constater une légère exagération des réflexes tendineux du membre inférieur gauche par rapport à ceux du côté opposé.

La mensuration montre une atrophie marquée de tout le membre inférieur gauche. Ce qui correspond à la plus grande faiblesse accusée par le malade de ce côté. Persistance du signe de Babinski à gauche.

Aux membres supérieurs, légère exagération des réflexes tendineux du côté droit avec amyotrophie légère et troubles vaso-moteurs de ce côté.

Persistance de la paralysie faciale.

Mentalité absolument normale (attention spontanée et

volontaire (mémoire, mis à part la période du traumatisme; notions scolaires, jugement, intelligence, conduite).

Pas d'onirisme, rares cauchemars de guerre.

Diagnostic : Troubles nerveux disséminés consécutifs à des contusions multiples par éclat d'obus.

La contusion cervicale semble bien devoir être mise au premier rang. En voici un autre exemple :

Obs. LXXVII. — Jourd... 23 ans. Cultivateur.

Entré le 3 juin 1918.

Sorti le 14 septembre.

Le 30 mai 1918, Jourd... a été commotionné par un obus.

Perte totale de connaissance.

Revenu à lui, il s'est rendu au P. S. ayant du sang dans la bouche, le nez, mais pas d'otorrhagie. Douleurs à la tête, aux reins et aux épaules. Bourdonnements d'oreilles.

Pas de plaie.

Les souvenirs de son voyage d'évacuation d'abord vagues, se précisent bientôt. Pas d'amnésie rétrograde.

Il se plaint avant tout de la nuque : douleur constante augmentée par les mouvements. Eblouissements.

On constate que la tête est toujours inclinée du côté gauche; la nuque légèrement empatée est douloureuse au palper.

L'extension, la flexion, la rotation, l'inclinaison latérale du cou sont nettement limitées.

Le malade accuse une sensation de piqûre d'épingle au niveau des dernières cervicales quand on y passe la main.

Radiographie négative.

Légère inégalité pupillaire avec bons réflexes.

Nystagmus dans les positions latérales. Fond d'œil normal.

Réflectivité tendineuse faible.

Légère hypotonie musculaire avec un certain degré de faiblesse.

Pas de tremblement au repos. L'extension des mains provoque un fin tremblement accompagné d'instabilité de tout le membre : tremblement de fatigue.

Zone d'hypoesthésie de la région de la nuque occupant le territoire des branches postérieures jusqu'en D^4 avec trouble profond de la sensibilité thermique. Ceci à divers examens.

Le liquide céphalo-rachidien a une légère teinte jaune. Hypertension (32 avant l'écoulement). Cytologie et taux d'albumine normal. Glycose 0,20 par litre.

Donc hypertension, hypoglycorachie.

L'état général est médiocre. Anémie à 3.200.000.

Au cours de l'hospitalisation, amélioration de la raideur de la nuque et de l'état général.

Sujet presque illettré dont l'attention, la mémoire sont normales. Il ne paraît avoir aucune conséquence psychiatrique de son traumatisme.

Diagnostic : Contusion cervicale avec xanthochromie. Légers signes nerveux concomitants.

Il nous reste encore à rappeler les signes de rigidité et de douleurs cervicales accompagnées de troubles nerveux disséminés dans quelques-unes des observations antérieures.

Nous avons insisté sur les troubles d'attitude et de souplesse de la nuque du dément traumatique, Obs. LXV, Mesur...

Il y avait en ce cas inégalité pupillaire. Inégalité des réflexes tendineux des membres inférieurs avec amyotrophie. Liquide hypotendu et hyperglycosique.

Dans le cas de Benon... Obs. XXIII, l'immobilisation de la nuque en légère flexion était tout à fait frappante. Inégalité pupillaire. Légers troubles sphinctériens, hyperréflectivité tendineuse.

Chez Bouche... Obs. LXIV, existait une limitation très nette de l'extension de la nuque avec douleurs spontanées, nystagmus spontané. Hypertension rachidienne avec hyperglycosie.

Le caporal Sainte-Mart... Obs. LX, avait une attitude un peu soudée et penchée en avant avec troubles de l'équilibre, nystagmus, inégalité pupillaire, troubles de la régulation thermique, hyper-réflectivité avec ébauche de danse des rotules.

Voici d'autres cas cependant où l'on est en présence de symptômes nerveux comparables, mais rien n'indique que la nuque ou l'occiput ait été contusionné, ou du moins rien n'en subsiste maintenant.

L'obs. LIX, Reyn... montre de l'inégalité pupillaire, du nystagmus, du tremblement très fin des extrémités étendues, de la congestion veineuse papillaire et sa colonne cervicale a une souplesse normale.

Il en est de même de Gassi... Obs. LVII, avec inégalité pupillaire, avec asphyxie des extrémités inférieures plus marquée à gauche, nystagmus, troubles thermiques, hypertension et hyperalbuminose du liquide; — de Fontain... Obs. LVIII, avec inégalité pupillaire intermittente, troubles du vertige voltaïque et liquide céphalo-rachidien normal; — de Dai... Obs. XXXI, avec inégalité pupillaire, paralysie faciale inférieure gauche et liquide normal; — de Gueta.... Obs. LXI; — de Frém... Obs. LXIV, avec les mêmes signes organiques.

Nous sommes frappé de la fréquence de l'inégalité pupillaire et d'une façon moins générale de l'hyperréflectivité tendineuse.

Mais la séméiologie du liquide céphalo-rachidien est d'une variété décevante en tous ses éléments tant pour l'hypertension que pour la teneur en albumine ou en sucre. Sur 17 dosages de sucre nous avons trouvé par deux fois une hyperglycorachie considérable : 1 gr. 60 et 1 gr. 67. Ce sont les observations XXII et LXV. Or si l'un est un dément traumatique d'une parfaite netteté, l'autre est un éthylique hypochondriaque qui fait remonter la source de ses maux à un éclatement d'obus à 20 mètres.

Si d'autre part, nous voulons classer par ordre psychiatrique les cas de troubles encéphaliques diffus que nous avons observés, nous aurons le tableau suivant :

Des dix cas d'inertie mentale que nous citons, tous ont des troubles organiques, mais pourtant chez Lavio... Obs. LVI, ils sont tout à fait insignifiants (légers troubles du vertige voltaïque, teneur du liquide en sucre à 0.70, hypertension artérielle).

En tout cas ils n'offrent pas de tableau comparable. Nous avons dit plus haut comment l'évolution séparait nettement ces troubles nerveux du syndrome d'inertie ayant un grand caractère de stabilité.

Mais des troubles nerveux absolument comparables et tout aussi marqués se trouvent chez Re... Obs. LIII, un type de neurasthénie anxieuse.

A son premier séjour, Re... présentait de petits signes organiques : inégalité pupillaire, nystagmus horizontal dans le regard extrême des deux côtés. Légère paralysie de l'orbiculaire de la paupière droite. Légers troubles de l'équilibre dans la station debout et la marche. Tremblement fin des

extrémités étendues. La tension artérielle était peu élevée avec ligne blanche. Le myocarde se révélait un peu insuffisant à l'épreuve de Lian. Liquide céphalo-rachidien normal.

A son retour au C.N. après deux mois de convalescence Re... avait des pupilles égales, plus de paralysie de l'orbiculaire, ni de nystagmus. Les troubles de l'équilibre avaient disparu. La tension artérielle basse subsistait.

Nous avons déjà indiqué les troubles organiques de Ben... Obs. XXIII, chez qui l'onirisme intense occupe tout le tableau clinique, — ceux de Dai... Obs. XXXI, un grand tremblеur émotif. Enfin les troubles nerveux si marqués de Jourd... Obs. LXXVII, Deni... Obs. LXXV, Gallo... Obs. LXXVI allaient de pair avec un état mental normal.

C'est pourquoi nous estimons qu'un cadre neuro-psychiatrique unique pour les troubles commotionnels n'englobe qu'une partie des cas, et que cette partie est arbitrairement limitée.

*
* *

Nous allons citer comme annexe deux cas que nous avons jugés curieux et dont l'intérêt est dissemblable :

Obs. LXXVIII. — Lise... 21 ans. Camionneur.
Entré le 3 avril 1918.
Sorti le 24 juillet.
Commotionné par obus le 23 avril 1917 à Saint-Quentin.

Lise... donne des détails précis sur l'accident. Après une courte perte de connaissance, il a gagné de lui-même le P.S. saignant du nez sans otorrhagie, ni plaie.

Resté au repos à l'infirmerie pendant 8 jours, il est

remonté en ligne et n'a été évacué que 6 mois plus tard pour une raison toute différente : plaie atone de la jambe gauche.

Peu après son évacuation, première crise convulsive nocturne. Les crises s'établissent assez régulièrement tous les mois. Elles sont constatées dans deux autres hôpitaux avant son arrivée au C.N.

On constate ici que les crises nocturnes continuent. On observe une chute brusque du lit avec blessure du cuir chevelu. A terre, il se débat, écume, a le visage pâle, les traits déviés vers la gauche, morsure de langue. Stertor consécutif. Durée totale de la crise : une dizaine de minutes.

Une seconde crise identique à la première est observée onze jours après. Deux autres se produisent encore pendant son séjour au C.N. ; l'une d'elles s'accompagne de miction involontaire.

L'enquête de gendarmerie établit que Lise... était un bon ouvrier n'ayant pas de crises nerveuses. L'intéressé affirme de son côté n'en avoir jamais eu.

L'examen neurologique ne révèle qu'une légère paralysie faciale inférieure gauche avec déviation de la langue de ce côté, du tremblement léger dans la marche et la station debout, de la faiblesse musculaire. La réflectivité est faible. Pas de troubles oculaires. Le réflexe plantaire est en flexion. Pas de troubles sensitifs, ni vaso-moteurs. Le réflexe oculo-cardiaque est un peu exagéré. Liquide céphalo-rachidien de tension et de formule cytologique normale, contenant 0 gr. 28 d'albumine par litre et 0 gr. 70 de glycose. Le Wassermann est négatif.

Il existe du bégaiement datant de l'accident.

C'est un sujet peu cultivé, mais intelligent, dont l'attention est normale aux diverses épreuves. La mémoire des faits anciens et récents est satisfaisante. Conduite normale.

Diagnostic : Epilepsie très probablement consécutive à une commotion par obus.

Le malade a été revu en décembre 1918. Les crises sont

maintenant nocturnes et diurnes. Les mictions involontaires sont plus fréquentes.

Malgré la réserve qui doit entourer pareille affirmation il semble bien que l'on puisse citer ce cas d'épilepsie comme post-commotionnel.

Obs. LXXIX. — Bella... 37 ans. Cultivateur.
Entré le 28 août 1918.
Sorti le 6 janvier 1919.

Le 12 août 1918, étant debout pendant une attaque, Bella... reçoit une balle qui pénètre au bord externe de la pointe de l'omoplate droit à la hauteur de D^7. Par un trajet en haut en dedans, elle va sortir au niveau de l'extrémité interne du 2e espace intercostal droit, encochant le sternum.

Hémorragie très peu abondante de la plaie de sortie. Pas d'hémoptysie, le malade est très affirmatif sur ce point.

Se sentant blessé, il s'asseoit sur son sac, puis se relève et court pendant cent mètres pour se mettre à l'abri dans un boyau. Il s'y asseoit. Il était alors environ 10 heures du matin. Il reste là jusqu'au soir. Les brancardiers l'emmènent alors; pendant ce temps, il avait vu sa main gauche, puis son pied gauche lui refuser tout service. Il n'avait pas de céphalée, pas de fourmillement, ni d'engourdissement. Aucune sensation dans le membre qui se paralysait.

Le malade ne sait plus très bien comment il a été évacué le soir.

Le lendemain, à l'hôpital de Beauvais, on porte le diagnostic de : monoplégie brachiale gauche. Monoparésie inférieure gauche, paralysie faciale gauche. Pas de modifications des réflexes. A la ponction lombaire, liquide normal. Pas de troubles de sensibilité. Rythme de Cheyne-Stockes. Pas de perte de connaissance.

A son arrivée au C. N. de Limoges (28 août 1918), on

constate une hémiplégie spasmodique gauche avec exagération des réflexes tendineux du membre supérieur, sans modification des réflexes du membre inférieur.

Le Wassermann du sang est négatif. Examen d'urine négatif. Artères non dures, tension artérielle normale. Examen du cœur négatif.

En septembre on constate que les réflexes du membre inférieur s'exagèrent comme ceux du membre supérieur. Marche typique d'hémiplégique en fauchant. Il soutient sa main gauche avec la main saine.

Déviation très marquée de la face à gauche.

Inégalité pupillaire (la pupille droite plus grande).

Diagnostic : hémiplégie organique consécutive à une plaie pénétrante du thorax par balle.

La pathogénie de cette hémiplégie est inexplicable. On pourrait proposer ceci : la balle aurait froissé la paroi d'une des grosses veines pulmonaires ; un caillot formé à ce niveau se serait détaché et arrivé à l'hémisphère droit en quelques heures, oblitérant progressivement la corticalité ou la capsule interne.

Quoi qu'il en soit, on peut rapprocher cette observation des cas de commotions directes mais à distance de la colonne vertébrale publiées par Claude et Lhermitte (7 juillet 1917). Ils donnent trois observations de commotion par balle. Paul Sollier et Cambon, le 19 décembre 1918, publient également deux cas de syndrome sympathique des membres supérieurs par commotion de la moelle cervicale, sous la dépendance de blessure par balle.

Obs. XXXII. — Verhey...
Grand troublement émotionnel.

Obs,.. LIII. — Re...
Neurasthénie anxieuse.

Observation LXV. — Mesur...

État antérieur. Démence traumatique.

CONCLUSIONS

Première Partie

Quelques considérations sur la question des Émotionnés et des Commotionnés de guerre.

I. — Les auteurs qui ont traité de la question des commotions de guerre n'ont pu jusqu'ici tomber d'accord sur une définition permettant de spécifier ou de limiter cette nouvelle entité clinique.

II. — Les divergences multiples dans la description du syndrome commotionnel permettent de supposer qu'il n'existe pas un type clinique commun à tous les cas de troubles consécutifs au violent traumatisme physique d'un éclatement d'obus.

Les deux ou trois symptômes pathognomoniques qui permettraient en clinique de vérifier les dires de l'intéressé et de poser le diagnostic de commotion par obus n'ont pas encore été réunis d'une façon indiscutable.

III. — Le vent d'obus et même « le vent du boulet » peut à lui seul traumatiser l'organisme. Ces cas sont rares. On observe alors des troubles nerveux localisés,

accompagnés ou non de troubles diffus et de troubles psychiques exactement comme dans les cas de traumatisme par corps solides.

Le vent d'obus semble donc devoir être rangé parmi les agents contondants et son action n'aurait rien de spécifique.

IV. — Le syndrome d'inertie mentale, céphalées et éblouissements décrit par Joanny-Roux parmi les Encéphalopathies post-commotionnelles a été observé pendant cette guerre par divers auteurs qui insistent sur son peu de fréquence.

La comparaison de ce type clinique avec le syndrome résiduel subjectif des traumatisés crânio-cérébraux et avec les symptômes atopiques à développement tardif permet de confondre ces trois descriptions en un tableau unique. Mais il faut faire remarquer que ce tableau n'épuise pas l'ensemble disparate du syndrome des trépanés.

Seconde Partie

Etude clinique d'un lot de militaires évacués du Front pour éclatement d'obus à proximité.

I. — Nous estimons qu'il est impossible de dresser un tableau neuro-psychiatrique commun à tous les cas de commotion par obus.

Nous pensons qu'il y a avantage à étudier séparément les nombreux types psychiatriques et neurologiques que présentent les sujets évacués du Front pour un éclatement d'obus réel ou supposé.

II. — Un interrogatoire minutieux, l'examen attentif des pièces du dossier et parfois un examen médical sont nécessaires pour éliminer un grand nombre de sujets dont les billets d'origine portent le diagnostic de commotion par obus et qui n'ont pas de troubles consécutifs à ce traumatisme.

Cette élimination préalable qui seule peut amener à obtenir des résultats concordants se heurte à bien des difficultés.

III. — On peut grouper sous deux chefs les manifestations de nature émotionnelle qui succèdent à l'ébranlement physique ou mental d'un éclatement proche d'obus :

a) La persistance ou la reviviscence indéfinie de l'émotion initiale avec tous ses degrés : simple souvenir ému, cauchemars de guerre, onirisme intense, décharges motrices, grand tremblement émotionnel qui peut passer à la stéréotypie.

b) Les diverses réactions psychiques à l'émotion initiale sont les réactions neurasthénique, anxieuse, et revendicatrice.

IV. — Nous avons observé des cas très nets du syndrome d'inertie mentale allant de la simple diminution d'activité générale jusqu'à la démence traumatique.

V. — Parmi les troubles organiques que l'on rencontre chez les sujets évacués du Front pour un éclatement proche, on peut citer des cas :

a) De troubles humoraux ou sympathiques, les manifestations cardiaques occupant ici la première place.

b) De troubles nerveux proprement dits qui se répartissent selon la localisation en troubles médullaires et troubles encéphaliques et que peuvent accompagner des troubles psychiques variables.

Vu : le Président,
GILBERT

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

DE LA QUESTION DES ÉMOTIONNÉS COMMOTIONNÉS DE GUERRE DEPUIS LE DÉBUT DE LA GUERRE

1914

Bénon. — Syndrome de Korsakoff et Confusion mentale post-traumatique. *Annales Médico-Psychologiques*, n° 2. août-sept 1914.

Barat. — Une fugue confusionnelle en temps de guerre. *Journal de Psychologie*, 1914, p. 455.

Déjerine et Gascuel. — Un cas de tachycardie permanente d'origine émotive. *Soc. de Neurol.*, 3 décembre 1914.

1915 (I^er^ Semestre).

Sencert. — Rupture des deux poumons par « vent du boulet ». *Soc. de Chir.*, 13 janvier 1915.

Crouzon. — Cécité temporaire provoquée par l'éclatement d'obus à proximité. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 22 janvier 1915.

Leclercq. — Lésions internes produites par l'éclatement d'un obus de 77. *Société de Médecine légale de France*, janvier 1915.

A. Léri. — Sur les pseudo-commotions ou contusions médullaires d'origine fonctionnelle. *Société de Neurologie*, 12 février 1915.

Lermoyez. — La surdité de guerre. *Presse Médicale*, 25 février 1915.

Crouzon. — De la valeur de l'hypotension artérielle comme signe objectif de la psychasthénie. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 26 mars 1915.

Grasset. — Les psychonévroses de guerre. *Presse Médicale*, 1er avril 1915.

P. Ravaut. — Les hémorragies internes produites par le choc vibratoire de l'explosif. *Presse Médicale*, n° 15. 8 avril 1915, p. 114.

Roussy. — A propos de quelques troubles nerveux et psychiques observés à l'occasion de la guerre. *Presse Méd.* 8 avril-29 avril 1915.

P. Vachet. — *Les troubles mentaux consécutifs au shock des explosifs modernes. Contribution à l'étude des psychoses de guerre.* Thèse de Paris 1915.

J. Renaux. — *Etats confusionnels consécutifs aux commotions des batailles.* Thèse de Paris 1915, in *Revue Neurolog.*, avril-mai 1915, p. 701.

G. Guillain. — Les crises épileptiques consécutives à l'explosion des projectiles sans plaie extérieure. Réun. Médic. de la VIe Armée, 3 mai 1915, in *Rev. Neurol.*, nov.-décembre 1915, p. 1082.

— Un cas de contracture généralisée avec symptômes méningés consécutifs à l'éclatement d'un projectile sans plaie extérieure. *Ibidem*, p. 1083.

— Sur un cas de mutisme consécutif à l'éclatement d'un projectile, *Ibidem.*, p. 1084.

— Un cas de tremblement pseudo-parkinsonien, consécutif à l'éclatement d'un projectile sans plaie extérieure. *Ibidem.*, p. 1085.

A. Hertz. — Parésies et mouvements involontaires consécutifs à la commotion produite par l'éclatement d'un gros obus. *Procedings of the Royal Society of Medicine Neurolog. Section*, p. 83, 13 mai 1915.

G. Guillain. — Sur un syndrome choréiforme consécutif à l'éclatement d'un projectile sans plaie extérieure. Réunion Médicale de la VI[e] Armée. 17 mai 1915, in *Rev. Neurol.*, Nov-Déc. 1915, p. 1086.

— Le Syndrome cérébelleux à type de sclérose en plaques, consécutif à l'éclatement des projectiles sans plaie extérieure. *Ibid.*, p. 1086.

— Les syndromes paralytiques consécutifs à l'éclatement des projectiles, sans plaie extérieure. *Ibid.*, p. 1086-1087.

— Sur un état de stupeur avec catatonie, hypothermie, bradycardie et hypopnée, consécutif à l'éclatement d'un projectile sans plaie extérieure, *Ibidem.*, p. 1085.

Rist. — Syndrome cérébelleux par commotion. *Réun. Médic. VI[e] Armée*, 17 mai 1915.

Régis. — Les troubles psychiques et neuropsychiques de la guerre. *Presse Médicale*, 27 mai 1915.

Terrien. — De quelques troubles visuels consécutifs à l'éclatement des obus. *Archives d'ophtalmologie*, mai-juin 1915.

Mairet, Piéron et Mme Bousansky. — De l'existence d'un syndrome commotionnel. *Bullet. de l'Acad. de Médecine*, 1[er] juin 1915.

J. Jumentié. — Paralysie complète avec anesthésie totale d'origine traumatique (Fracture de la moitié gauche de l'arc postérieur de la III[e] vertèbre dorsale) sans blessure ni compression de la moelle et des méninges. Soc. de Neurol, 3 juin 1915, in *Revue Neurolog.*, juillet 1915, p. 579.

J. Babinski — Lésion spinale par éclatement d'obus à proximité sans blessure ni contusion (Syndrome de Brown-Séquard). Soc. de Neurol, 3 juin 1915. *Rev. Neurolog.*, juillet 1915, p. 581.

Mairet, Piéron et Mme Bousansky. — Des variations du syndrome commotionnel suivant la nature des traumatismes et de son unité. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 15 juin 1915.

— Le syndrome commotionnel au point de vue du méca-

nisme pathogénique et de l'évolution. *Ibidem.*, 22 juin 1915.

Paul Ravaut. — Etude sur quelques manifestations nerveuses déterminées par le vent de l'explosif. *Bull. Académ. de Médecine,* 22 juin 1915.

Charon. — Psychopathologie de guerre. *Progrès médical,* Juin 1915.

Arnoux. — La mort par décompression. Société des Ingénieurs civils, 25 juin 1915.

J. Heitz. — 5 cas de paraplégie organique consécutive à des éclatements d'obus sans plaie extérieure. *Paris Médical,* Juin 1915.

1915 (II^e^ Semestre).

G. Ballet. — Bourdonnements et sifflements d'oreilles dus à un phénomène de représentation mentale. Soc. de Neurol. 1^er^ juillet 1915 in *Rev. Neurolog.* août-sept. 1915, p. 707.

Jumentié. — Paraplégie passagère. Anesthésie persistante du tronc et des membres inférieurs pour la douleur et pour le froid. Traumatisme vertébral sans blessure de la moelle. Société de Neurol. 1^er^ juillet 1915. *Rev. Neurol.* août-sept. 1915, p. 730.

H. Claude, J. Lhermitte et Mlle M. Loyez. — Etude histologique d'un cas de paraplégie par commotion médullaire, par éclatement d'obus. Soc. de Neurol. 1^er^ juillet 1915. *Ibidem*, p. 753.

A. Léri, Froment et Mahar. — Atrophie musculaire et déflagration d'obus sans traumatisme apparent. Soc. de Neurol., 1^er^ juillet 1915. *Ibidem.*

Lebar. — Sur un cas de canitie rapide. *Soc. Médic. des Hôpitaux de Paris.* 1^er^ juillet 1915, p. 439.

Sicard. — Spondylites par « obusite » ou « vent d'obus ». Attitudes vertébrales antalgiques. *Soc. Médic. des Hôpitaux de Paris*, 9 juillet 1915, p. 582.

J. Benon. — Au sujet des névroses traumatiques. Réunion Médicale de la IIe armée, 17 juillet 1915, in *Revue Neurolog.* nov.-déc. 1915, p. 1094.

Chavigny. — Psychiatrie et médecine légale aux armées. *Paris Médical*, 17 juillet 1915.

Spillmann. — Psychoses et psychonévroses de guerre. Soc. Médic. Nancy, 28 juillet 1915. in *Rev. Neur.*, Déc. 1915, p. 1116.

Ballet. — Syndrome de Brown-Sequard par suite de commotion par éclatement d'obus sans plaie extérieure (Hématomyélie vraisemblable. Soc. de Neurol. 29 juillet 1915. *Rev. Neur.* nov.-déc. 1915, p. 768.

J. Froment. — Paraplégie par déflagration d'obus. Soc. de Neurol. 29 juillet 1915. *Rev. Neurol.* nov.-déc. 1915, p. 1205.

P. Marie et Chatelin. — Un cas d'hématomyélie par éclatement d'obus à distance. Soc. de Neurol. 29 juillet 1915. *Rev. Neur.*, nov.-déc. 1915.

Picqué et Duperrié. — Trois cas de contusion du crâne par explosion de mine, compliquée d'hémorragie méningée. Réun. Méd. Chir. de la Ve Armée, 31 juillet 1915. *Rev. Neurol.* nov.-déc. 1915, p. 1079.

Lombard et Baldenweck. — Traitement de quelques cas de mutité hystéro-traumatique par le procédé de la suppression du contrôle auditif de la voix. Réunion Médicale de la VIe Armée, 4 août 1915.

Dupouy et Bosc. — Troubles cérébro-médullaires par explosion de mine. Réun. Médic. Chir. de la Ve Armée, 7 août 1915. *Rev. Neur.* nov.-déc. 1915, p. 1080.

Mallet. — A propos de quelques psychopathies. Réun. méd. de la Xe Armée, 25 août 1915 in *Rev. Neurol.* nov.-déc. 1915 p. 1107.

Roussy et Boisseau. — Fausse commotion cérébrale. Bégaiement hystérique, Réun. Médic. Chir. Xe Armée, 25 août 1915. *Rev. Neurol.* nov.-déc. 1915 p. 1099.

P. Ravaut. — Les blessures indirectes du système nerveux déterminées par le vent de l'explosif. *Presse Médicale*, 26 août 1915.

J. Baumel. — La ponction lombaire dans les commotions nerveuses et les traumatismes du crâne par projectiles de guerre (d'après 56 observations), *Lyon Chirurgical*, 1er septembre 1915.

Leriche. — Des lésions cérébrales et médullaires produites par l'explosion à faible distance des obus de gros calibre. *Lyon Chirurgical*, 1er septembre 1915.

R. Bergl. — Signe d'Argyll-Robertson bilatéral après un traumatisme crânien par éclatement d'obus à distance. *Deut. Mediz. Woch.*, 23 septembre 1915.

G. Guillain. — Hémiplégie organique consécutive à un éclatement d'obus saus plaie extérieure. Centre neurol. de la VIe armée, sept. 1915. *Rev. Neurolog.*, nov.-déc. 1915, p. 1080.

Devaux et Logre. — Les délires guerriers dans la fièvre typhoïde. *Presse Médicale*, 23 septembre 1915.

Sollier. — De la persistance des troubles fonctionnels pendant le sommeil. Société de Neurolog., 7 oct. 1915. *Rev. Neurol.* nov.-déc. 1915, p. 1240.

Roussy et Boisseau. — Les sinistroses de guerre. Accidents nerveux par éclatement d'obus à distance. Réun. Médic. Chir. Xe Armée, 10 octobre 1915. *Rev. Neurol.*, déc. 1915. p. 1112.

P. Sollier et Chartier. — La commotion par explosifs et ses conséquences sur le système nerveux. *Paris Médical*, 23 oct. 1915.

Joubert. — Note sur un cas de paraplégie organique consécutive à la déflagration d'un obus de gros calibre sans plaie extérieure. *Paris Médical*, 23 oct. 1915.

Chavigny. — Psychiatrie aux Armées. *Paris Médical*, 23 oct. 1915.

Roger Dupouy. — Notes sur les commotions cérébro-médul-

laires par explosion d'obus sans plaie extérieure. *Société Médic. des Hôpitaux de Paris*, p. 926, 26 oct. 1915.

Souques, Mégevand et Donnet. — De l'importance de l'analyse précoce du liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic des syndromes cérébro-médullaires dus au « vent de l'explosif ». *Société Médic. des Hôp. de Paris*, p. 917, 29 octobre 1915.

Roger Dupouy. — Notes statistiques et cliniques sur les troubles neuro-psychiques en temps de guerre. *Annales Médico-psycholog.*, septembre-octobre 1915.

H. Claude et Lhermitte. — Etude clinique et anatomo-pathologique de la commotion médullaire directe par projectiles de guerre. *Annales de Médecine*, Tome II, n° 5, p. 479-506, octobre 1915.

Lœper. — Le réflexe oculo-cardiaque dans les grands traumatismes nerveux. *Progrès Médic.*, n° 40, 1915.

Niel. — Blessures internes de l'oreille sans traumatisme direct par déflagration d'obus ou de bombes. Réunion Médicale de la V^e^ armée, 13 nov. 1915.

Castex. — Surdités de guerre. *Bull. Académie de médecine*, 16 nov. 1916.

Haury. — Les retentissements psycho-organiques de la vie de guerre et les soins à donner aux blessés. *Presse Médicale*, 18 nov. 1915.

Cestan et Descomps. — La radiothérapie dans le traitement de certaines lésions traumatiques du système nerveux. *Presse médicale*, 25 nov. 1915.

Ferrand Jean. — Réflexions médico-chirurgicales sur la pratique neurologique en temps de guerre (*Journal de radiologie et électrologie*, nov. 1915).

Mallet. — Troubles psychiques et hallucinations chez les combattants. Réunion Médicale de la IV^e^ armée, 3 déc. 1915. *Rev. Neurol.* avril-mai 1916, p. 704.

Eliott. — Paraplégie transitoire par explosion d'obus. *British Medical Journal.*

Paris et Hanno. — Actes impulsifs dans les psychoses post-traumatiques et colères pathologiques. Soc. Médic. de Nancy, 22 déc. 1915, *in Presse Médicale*, 30 déc. 1915.

Ballet. — Note sur la relation des tremblements et des états émotionnels. Le tremblement envisagé en tant qu'expression mimique de la frayeur. *Rev. Neurolog.*, nov.-déc. 1915, p. 934.

H. Claude. — Commotions cérébrales et médullaires. Cent. Neurolog. de la VIIIe Région. *Rev. Neurol.*, nov.-déc. 1915, p. 1164.

Laignel-Lavastine. — Névroses et psycho-névroses. Cent. Neurolog. de la IXe Région. *Rev. Neurol.* nov.-déc. 1915, p. 1168.

Roussy. — Fonctionnement du Centre de Neuro-psychiatrie de la Xe armée. *Rev. Neurolog.*, nov.-déc. 1915, p. 1194.

G. Guillain. — Centre Neuro-psychiatrique de la VIe armée *Ibidem.* p. 1198.

1916 (Ier Semestre).

Gilbert Ballet et Rogues de Fursac. — Les psychoses commotionnelles, psychoses par commotions nerveuses ou chocs émotifs. *Paris Médical*, 1er janv. 1916.

Roussy et Boisseau. — Un Centre de neurologie et de psychiatrie aux Armées. *Paris Médical*, 1er janv. 1916.

Chavigny. — Psychiatrie aux Armées. Thérapeutique et Médecine légale. *Paris Médical*, 1er janvier 1916.

Henry Meige. — Les tremblements consécutifs aux explosions. (Tremblement, tressaillement. Trémophobie. Soc. de Neurol., 6 janv. 1916. in *Rev. Neurol.*, févr. 1916, p. 201.

Rénon. — L'angoisse de guerre et son traitement. *Bulletin Médical*, 22 janv. 1916.

Mott. — Les accidents nerveux provoqués par le shock d'obus, sans signe visible de blessure. Soc. Royale de Médecine de Londres. 25-27 janv. 1916.

Mallet. — Troubles d'origine émotive chez le combattant. Réun. Médic. de la IV^e^ Armée, 28 janv. 1916. *Rev. Neurol.*, avril-mai 1916, p. 703.

M. Villaret. — 25 cas d'astéréognosie, reliquat de blessures crânio-cérébrales. *Bull. et Mém. de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, p. 93, 10 fév. 1916.

Poyet. — Otite traumatique par déflagration. Réun. Méd. Chirurg. de la V^e^ Armée, 19 févr, 1916.

R. Benon. — Les maladies mentales et nerveuses et la guerre. Rev. Neurol., février 1916. p. 210.

Gallavardin. — Quelques remarques sur les névroses tachycardiques et la maladie de Basedow fruste. *Arch. des maladies du cœur*, fév. 1916, p. 45.

Binet. — Les traumatismes indirects du poumon déterminés par l'éclatement à proximité de projectiles de guerre. *Presse Médicale*, 26 mars 1916.

Pierre Marie. — La conduite à tenir vis-à-vis des blessures du crâne. Réunion de la Soc. de Neurol., 6-7 avril 1916, in *Rev. Neurolog.*, avril-mai 1916, p. 453.

M. Villaret, A. Léri, G. Guillain. — Discussion du rapport de P. Marie. *Ibidem*. p. 458.

Cl. Vincent. — Rapport sur les accidents nerveux déterminés par la déflagration de fortes charges d'explosifs. Soc. de Neurol., 6-7 avril 1916, *Rev. Neur.*, p. 573.

Sollier, Roussy, Meige, Souques, etc. — Discussion du rapport de Cl. Vincent. *Ibid.*, p. 575, 577, 592...

L. Marchand. — Des troubles mentaux dans les blessures pénétrantes du crâne causés par les projectiles de guerre. *Annales médic. psychol.*, n° 2, avril 1916, p. 193.

A. Gilles. — Etude sur certains cas de neurasthénie et à leur propos sur certains états psychologiques observés sur la ligne de feu. *Annales médic. psych.*, n° 2, 1916, p. 209.

G. Guillain et J. A. Barré. — Les clonus du pied. Clonus pyramidal et clonus non pyramidal. *Soc. Médic. des Hôpit. de Paris.* n° 13-14, p. 518, 26 avril 1916.

R. Mallet. — La confusion mentale chez le combattant. Réun. Médic. de la IVe Armée, 21 avril 1916, in *Rev. Neurol.*, nov., déc. 1916, p. 477.

Canuyt. — L'oto-rhino-laryngologie en temps de guerre. *Journal de Médec. de Bordeaux*, fév.-mars-avril 1916.

J. Camus et Nepper. — Recherches sur les réactions psychomotrices et émotives des anciens trépanés. Soc. de Neurolog., 4 mai 1916. *Rev. Neurol.*, juin 1916, p. 923.

A. Léri. — Hémorragie du névraxe par commotion. Réun. Médic. de la IVe Armée, 15 mai 1916.

Cestan, Descomps et Sauvage. — De la valeur diagnostique dans les perturbations labyrinthiques de l'épreuve de Babinski-Weill. *Soc. Méd. des Hôpit.*, 18 mai 1916.

Grasset, M. Villaret, Sicard. — Les accidents tardifs chez les blessés du crâne, guéris de leur blessure. Soc. Neurol., 24 mai 1916, in *Rev. Neur.*, juin 1916, p. 832-838.

G. Guillain et Barré. — Sur la modalité réactionnelle différente du réflexe cutané plantaire examiné en position dorsale et en position ventrale dans certains cas de lésions pyramidales. *Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 26 mai 1916.

A. Léri. — Hémorragie de la couche optique par commotion pure. Syndrome thalamique. *Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, p. 849, 26 mai 1916.

H. Claude, J. Lhermitte. — La glycosurie dans les lésions traumatiques du cerveau. *Soc. Médic. des Hôp. de Paris*, 26 mai 1916.

H. Aimé. — Ataxie labyrinthique d'origine commotionnelle. Réun. Médic. de la Ie Armée. *Rev. Neurol.*, nov.-déc. 1916, p. 365

Cestan, Descomps et Sauvage. — Les troubles de l'équilibre dans les commotions crâniennes. *Paris Médical*, 3 juin 1916.

J. Camus et Nepper. — Réactions psychomotrices et émotives des trépanés. *Paris Médical*, 3 juin 1916.

A. Léri. — A propos de l'hystérie Sur un cas d'hémi-anes-

thésie organique presque pure. *Paris Médical*, 3 juin 1916.

R. Mallet. — Etat anxieux. Réun. Médic. de la IVe Armée, 16 juin 1916. *Rev. Neurol.*, nov.-déc. 1916, p. 479.

G. Dumas. — Les troubles mentaux et la guerre. *Revue de Paris*, nos 12 et 14, 15 juin, 15 juillet 1916.

A. Léri. — Hémorragie de l'épicône médullaire par commotion (éclatement d'obus à proximité). Soc. de Neurol. 29 juin 1916. in *Rev. Neurol.*, juillet 1916, p. 133.

Molinié. — Réflexes oculaires d'origine auditive. Réun. Méd. Chir. Ie Armée, juin 1916.

Grasset. — Les symptômes atopiques à développement tardif dans les traumatismes crânio-cérébraux. *Travaux du Cent. Neurologique de la XVIe Région*, p. 3, mai-juin 1916.

Mignard. — Syndrome psychique atopique chez les blessés crânio-cérébraux. *Ibid.*, p. 18.

M. Villaret, Faure-Beaulieu. — Les anesthésies corticales à topographie atypique dans les traumatismes crâniens. *Ibidem.*, mai-juin 1916.

H. Meige. — Contractions convulsives des muscles peauciers du crâne à la suite d'une déflagration. Soc. de Neurol., 29 juin 1916. in *Rev. Neurol.*, juillet 1916, p. 107.

Grandclaude. — *Etudes sur quelques-uns des accidents consécutifs à l'explosion*... etc. Thèse de Lyon, juin 1916.

Haury. — *Neurocérébrites toxiques. Encéphalite aiguë d'origine inconnue.* Thèse 1916, 1er semestre.

A. Léri. — Les commotions des centres nerveux par éclatement d'obus (Vrais et faux commotionnés. Clinique et Pathogénie. *Revue générale de pathologie de guerre*, no 2, 1916.

1916 (IIe Semestre).

J. Lépine. — La commotion des centres nerveux par explosion. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 4 juillet 1916.

Cestan, P. Descomps et Sauvage. — Note sur un procédé

clinique nouveau permettant de mettre en évidence les perturbations du sens de l'équilibre et de l'orientation chez les traumatisés du crâne. *Bulletin de l'Académie de Médec.* 4 juillet 1916.

Claude et Lhermitte. — Sur un cas d'hématomyélite tardive par effort. *Société Médicale des Hôpitaux.* 7 juillet 1916.

Crouzon. — Hémorragies naso-pharyngiennes profuses et répétées, après commotion par obus. *Soc. Médic. des Hôp. de Paris.* 18 juillet 1916.

Fr. Montier. — Recherches sur les troubles labyrinthiques chez les commotionnés et blessés du crâne. *Rev. Neurolog.* juillet 1916 p. 9.

A. Gilles. — Etudes sur certains cas de neurasthénie et à leur propos sur certains états psychologiques observés sur la ligne, de feu. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1916, p. 333.

L. Binet. — Le rythme cardiaque chez le soldat combattant. *Presse Médicale.* n°45. 10 août 1916 p. 356.

Mairet et Piéron. — De la différenciation des symptômes commotionnels et des symptômes atopiques dans les traumatismes crânio-cérébraux. *Montpellier-Médical.* Tome XXXIX p. 174. 1er sept. 1916.

Laignel-Lavastine et P. Courbon. — Troubles de la marche consécutifs aux émotions et commotions de guerre. *Paris Médical.* 2 sept. 1916. p. 194.

H. Claude, Dide et Lejonne. — Psychose hystéro-émotive de guerre. *Ibidem.*

Roussy et Boisseau. — Les accidents nerveux déterminés par la déflagration des explosifs. *Ibidem.*

Villaret et Mignard. — Le syndrome psychique résiduel des traumatismes crânio-cérébraux de la guerre. *Ibidem.*

Simonin et Chavigny. — Chorée du diaphragme d'origine hystérique. *Ibidem.*

C. Lian. — L'épreuve d'aptitude cardiaque à l'effort. *Académie de Médecine.* 5 sept. 1916.

Briand et Philipp. — L'anti-mutité rebelle d'origine émotionnelle. *Progrès Médical*, 5 sept. 1916.

Gault. — Note sur l'utilisation du réflexe cochléo-orbiculaire pour la surdité. *Presse Médicale*, n° 53, p. 424, 25 sept. p. 1916.

Dumolard, Rebierre et Quellin. — Altération du liquide céphalo-rachidien dans un état asthénique grave. *Paris Médical*, 30 sept. 1916.

André Thomas. — L'aptitude des trépanés au Service Militaire et au Travail. *Paris Médical*, 7 octobre 1916.

C. Lian. — Les troubles cardiaques aux Armées. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 oct. 1916.

Guillain et Barré. — Apoplexie tardive consécutive à une commotion par éclat d'obus sans plaie extérieure. *Ibidem*, 13 oct. 1916.

— Deux cas d'hémiplégie organique consécutive à la déflagration de fortes charges d'explosifs, sans plaie extérieure *Ibidem*, 13 oct. 1916.

Ménard Pierre — La pression artérielle et le pouls dans les tranchées. *Académie de médecine*, 17 octobre 1916.

Laignel-Lavastine et Courbon. — Stéréotypies de la marche, de l'attitude et de la mimique, avec représentation mentale professionnelle de l'ouïe consécutives aux émotions du champ de bataille. *Annales Médico-psychologiques*, octobre 1916 p. 473.

Bonhomme et Nordman. — Caractères essentiels de la commotion cérébro-spinale. *Annales Médico-psychologiques*, oct. 1916, p. 530.

Lœper et Verpy. — Les variations physico-chimiques du sang dans les commotions. *Société de Biologie*, 21 oct. 1916.

— La répercussion glandulaire et humorale des commotions. *Progrès Médical*, 5 nov. 1916.

Cestan, Descomps et Sauvage. — La marche sous courant galvanique chez les commotionnés et les traumatisés du crâne. *Soc.Médic. des Hôpitaux*, 9 nov. 1916.

Henri Roger. — Le choc nerveux. *Presse Médicale*, 20 novembre 1916.

Biscons et R. Mercier. — Modifications du pouls et de la pression artérielle chez le soldat au combat. *Acad. de Médecine*, 21 nov. 1916.

Bérard. — La maladie de Basedow et la guerre. *Acad. de Médecine*, 26 nov. 1916.

A. Pitres et L. Marchand. — Quelques observations de syndromes commotionnels simulant des affections organiques du système nerveux central. *Rev. Neurol.*, n° 11-12, nov-déc. 1916, p. 298.

N. Wyroubow. — Les altérations de la voix et de la parole dans la psychose ou psycho-névrose par contusion. *Ibidem*, p. 312.

R. Charon et G. Halberstadt. — Puérilisme mental au cours d'une psychose post-commotionnelle. *Ibidem*, p. 316.

Pierre Marie. — Les troubles subjectifs consécutifs aux blessures du crâne. Service Neurologique de la Salpêtrière in *Rev. Neurol.* nov-déc. 1916 p. 616.

Henry Meige. — Tremblement émotionnel et tremblement commotionnel. *Ibidem*, p. 633.

Laignel-Lavastine. — Manifestations neuro-psychiques consécutives à l'éclatement des obus. Centre des psychonévroses de Paris, in *Rev Neurol.* nov-déc 1916 p. 649.

— Principaux types cliniques des accidentés de guerre. *Ibid.*, 650.

— Réactions théâtrales de militaires guéris renvoyés à leur dépôt. *Ibid.*, p. 651.

— Variétés des troubles nerveux fonctionnels légitimes. *Ibid.*, p. 655.

Henri Français. — Accidents nerveux organiques apparaissant sous l'influence de la commotion provoquée par la déflagration d'explosifs à distance, sans plaie extérieure. Centre Neurolog. de la III[e] Région. *Ibidem*, p. 657.

Lortat-Jacob, Oppenheim et Tournay. — Recherches cliniques

sur les suites éloignées des blessures du crâne et des commotions encéphaliques. Fréquence des signes organiques. Centre Neurolog. de la XII[e] Région. *Ibidem*, p. 686.

Jean Lépine. — Commotions par explosion. Centre de Psychiatrie de la XIV[e] Région. *Ibidem*, p. 698.

André Léri. — Commotions par éclatement d'obus. Centre Neuro-psychiatrique de la II[e] Armée. *Ibid.*, p. 737.

Dumolard, Courjon, Regnard. — Les états asthéniques d'épuisement, Centre Neuro-psychiatrique d'Epinal. *Ibidem*, p. 747.

Henry Meige. — Réformes. Incapacités. Gratifications dans les Tremblements, les Tics et les Spasmes. Société de Neurologie, séance du 15 déc. 1916, *Ibidem.*, p. 758.

Laignel-Lavastine. — Etats neurasthéniques (Réformes. Gratifications). *Ibidem.* p. 787.

E. Dupré. — Rapport sur les Réformes, Incapacités, Gratifications dans les états psychopathiques de guerre. *Ibid.*, p. 790.

Sainton. — Le réflexe oculo-cardiaque et les troubles subjectifs des Trépanés. *Bullet. de l'Acad. de Médec.*, 26 déc. 1916.

Claude. — Le syndrome d'hypertension céphalo-rachidienne consécutif aux contusions de la région cervicale de la colonne vertébrale; fin décembre 1916.

Villaret et Faure-Beaulieu. — Les troubles nerveux tardifs consécutifs aux traumatismes crânio-cérébraux de guerre. *Revue générale de Pathologie de guerre*, n° 3, 1916.

Liébauld. — Les troubles de la parole et les commotions de guerre. *Ibidem.*, n° 3, 1916.

Daude. — *Contribution à l'étude de la psycho-pathologie de guerre. Fonctionnement d'un centre psychiatrique de l'avant.* Thèse de Bordeaux, 1916.

A. Cordier. — *Les états psychasthéniques frustes et la guerre.* Thèse de Lyon, 1916.

1917 (Ier Semestre).

André Léri et Henri Schæffer. — Un cas de lésion bulbo-médullaire par commotion due à un éclatement d'obus, hématobulbie probable, survie avec syndrome bulbaire complexe, *Revue Neurologique*, n° 1, janvier 1917, p. 1.

P. Marie et Mlle G. Lévy. — Un cas d'hémiplégie organique par commotion sans blessure. Soc. de Neurol. Réunion du 11 Janv. 1917, in *Rev. Neurol.*, n° 1, 1917, p. 44.

Dupré et Grimbert. — La psychonévrose émotive. Emotivité constitutionnelle et acquise. *Ibidem*, p. 45.

J. Clunet. — Les effets immédiats de l'émotion sur le système nerveux en dehors de toute commotion. *Ibidem*, p. 48.

H. Dufour. — Hémiplégie organique, conséquence directe d'une contusion organique. Son mécanisme. *Soc. Médic. des Hôp.*, 4 Janv. 1917.

R. Mallet. — Etats confusionnels et anxieux chez le combattant. *Annales Médico-Psychologiques*, n° 1, janvier 1917.

G. Dumas et Delmas. — Les confusions mentales d'origine commotionnelle chez les blessés. *Archives de Médecine et Pharmacie militaires*, Janv., 1917.

Grasset. — Les grands types cliniques des psychonévroses de guerre. Réunion Médico-Chirurg. XVIe Rég., 27 janvier 1917.

Domenic de Sandro. — Le mutisme fonctionnel par éclatement d'obus et le mutisme hystérique. Le traitement par l'éthérisation. *Riv. de Patologia nervoso e mentale.* Jan. 1917.

H. Dufour. — Signe d'Argyll-Robertson unilatéral consécutif à une blessure de guerre. Soc. de Neurolog. 1er Fév. 1917. *Rev. Neurol.* février-mars 1917, p. 130.

P. Marie et Ch. Chatelin. — Note sur une variété des troubles de la parole (scansion) observée dans les blessures de la région frontale. Soc. de Neurol. Séance du 1er fév. 1917. *Ibidem.*, p. 135.

Oppenheim. — Le pouls. La tension artérielle et le réflexe oculo-cardiaque dans les suites éloignées des traumatismes crâniens. *Progr. Médical.* 17 févr. 1917.

H. Aimé. — De la variété et de l'évolution des troubles nerveux et psychiques d'origine commotionnelle pendant la guerre. *Presse Médicale*, 22 févr. 1917.

Joltrain. — Camptocormie et paraplégie consécutives à un ensevelissement par éclatement d'obus. Considérations sur l'action du choc émotif. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 2 mars 1917.

Cheyrou. — Les réactions immédiates observées à la suite d'éclatement à proximité des projectiles de guerre. *Le Caducée*, 15 mars 1917.

Laignel-Lavastine et P. Courbon. — Psychasthénie révélée par les émotions de guerre, *Soc. Médic. Psychol.*, 26 mars 1917.

G. Dumas. — Les troubles nerveux et la guerre. *Rev. de Paris*, 1er mars et 15 avril 1917.

Mairet et Piéron. — Le syndrome émotionnel. Sa différenciation du syndrome commotionnel. *Annales Médico. Psychолog.* n° 2. Avril 1917.

Laignel-Lavastine et V. Ballet. — Maniérisme puéril post-confusionnel. Présentation de malades. *Ibidem*, avril 1917.

Gilles. — Troubles fonctionnels par commotion. Le traitement par le torpillage. *Ibidem.* avril 1917.

Babinski et Dubois. — Tremblement du membre supérieur droit après commotion d'obus. *Soc. Neurolog.*, 5 avril 1917.

Pachantoni. — Paralysies multiples des nerfs crâniens par vent d'obus. *Rev. Médic. de la Suisse Romande*, avril 1917, p. 226.

L. Marc-Auliffe et A. Carel. — Persistance de l'état commotionnel chez les blessés du crâne trépanés (12 cas). *Académie de Médec.*, 1er mai 1917.

Coutela. — Des troubles visuels par commotion crânienne. *Soc. d'ophtalmol.*, 7 mai 1917.

C. Roussy et J. Boisseau. — 2 cas de pseudo-commotion labyrinthique par éclatement d'obus à distance. Commotion labyrinthique persévérée, simulée ou suggestionnée. *Soc. Méd. des Hôpit. de Paris.* An. XXXIII n° 15, 16 et 17 mai 1917.

Roussy, Boisseau et d'Alnitz. — La station neurologique de Salins (Jura) après trois mois de fonctionnement. *Ibid.* p. 643.

Babonneix et Célos. — Goître exolphtalmique à la suite d'une commotion nerveuse. *Soc. Médic. des Hôpitaux de Paris*, 1er juin 1917.

R. Cruchet, Calmettes et Bertrand. — Fracture du crâne méconnue. Commotion cérébrale. Crise d'hystéro-épilepsie, avec état obsédant. Trépanation tardive. Guérison. Soc. de Neurolog., 7 juin 1917. *Rev. Neurol.*, juin 1917; p. 511.

Joltrain. — Hémorragie cérébrale avec foyer de ramollissement consécutive à une commotion cérébrale datant d'un an. *Rev. Neurolog.*, n° 6, juin 1917, p. 341.

Babonneix et David. — Traumatismes cérébraux et syphilis. *Rev. Neurol.*, juin 1917, p. 277.

R. Charpentier. — Un cas de puérilisme mental au cours des opérations de guerre. (Contribution à l'étude des psychoses émotionnelles). *Rev. Neurol.*, juin 1917, p. 296.

Ferrand. — De l'unité clinique et pathogénique de tous les hystéro-traumatismes. *Paris Médical.* n° 24, 16 juin 1917.

1917 (IIe Semestre).

R. Mallet. — Fugues et délires. *Annales médico. psychol.* juillet 1917.

Laignel-Lavastine et Courbon. — Syndrome psychasthénique consécutif aux émotions. *Ibidem*, juillet 1917.

H. Meige. — Rareté de la confusion mentale chez les trépanés. *Soc. de clinique mentale*, 7 juillet 1917.

Laignel-Lavastine et P. Courbon. — Essai sur l'insincérité chez les accidentés de guerre. *Paris Médical*, 7 juillet 1917.

H. Claude et J. Lhermitte. — Troubles médullaires dans les commotions directes, mais à distance de la colonne vertébrale. *Ibid.*, 7 juillet 1917.

R. Charon et G. Halberstadt. — Les troubles psychiques des commotionnés. *Ibid.*, 7 juillet 1917.

Roussy et Boisseau. — Sur l'influence du facteur psychique dans la guérison des accidents psycho-névrosiques de guerre. *Soc. Neurol.*, 5 juillet 1917.

A. Morselli. — Sur les syndromes émotifs de guerre. *Revista de Patologio nevrosa e mentale*, juillet 1917.

P. Merklen. — Le goître exolphtalmique des combattants. *Soc. Méd. des Hôp.*, 20 juillet 1917.

G. Guillain et J. Barré. — Hémorragie méningée consécutive à une commotion par éclatement d'obus sans plaie extérieure. Méningite à pneumocoques mortelle secondaire. *Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 20 juillet 1917.

A. Mougeot. — Le réflexe oculo-cardiaque dans les bradycardies, avec considérations sur un syndrome consécutif à la commotion encéphalique. *Progrès Médical*, n° 30, 28 juillet 1917. in *Rev. Neurol.*, mars-avril 1918, p. 127.

Briand et J. Philipps. — Un cas de bégaiement paroxystique d'origine émotionnelle. Traitement. Guérison. *Progrès Médical*, 4 août 1917.

Aubertin. — Les cardiaques du front en 1917. *Presse Médicale*, 6 août 1917.

Mairet et Durand. — Etude expérimentale du syndrome commotionnel. *Presse Médicale* 16 août, in *Rev. Neur.*, juin 1917, p. 465.

E. F. Reeve. — Le traitement des contractures fonctionnelles par la fatigue. *Lancet*, n° 11, p. 419. 15 septembre 1917.

Arthur F. Hurst. — Observations sur l'étiologie et le traite-

ment des névroses de guerre. *British Medical Journal*, 29 septembre 1917.

Gallavardin. — Les tachycardiques. *Archives des malad. du cœur*, septembre, 1917, p. 408.

H. Damaye. — Considérations cliniques sur les commotions de la guerre. *Progrès Médical*, 6 octobre 1917.

Dorlencourt. — Le réflexe oculo-cardiaque au cours des états de shock. Réunion médicale de la IV^e^ Armée, 12 oct. 1917.

Filippo d'Onghia. — L'hystérie émotive. *Annali de Neurologia*. fasc. 3, 1917, p. 97.

Mott. — Examen microscopique du cerveau dans 2 cas de commotion cérébrale par shock, sans blessure extérieure. *British Medical Journal*. 10 nov. 1917.

Laignel-Lavastine et P. Courbon. — Prophylaxie et traitement de l'insincérité chez les accidentés de guerre. *Paris médical*, 24 novembre 1917.

Marc Auliffe. — Évolution de l'état commotionnel chez les trépanés. *Ibidem*. p. 47.

J. Logre et H. Boutier. — La tension artérielle et la vasomotricité dans les commotions et les blessures cérébro-médullaires. Soc. de Neurol. 6 décembre 1917, in *Rev. Neurol.* nov.-déc. 1917, p. 300.

Dumolard-Courjon, Armantaire et Regnard. — Un cas d'asthénie prolongée dû très vraisemblablement à l'épuisement. Abolition des réflexes rotuliens. Variabilité des réflexes achilléens. Pas de lymphocytose ni d'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien. *Ibid.*, p. 304.

P. Descomps J. Euzière, Sauvage et Guiraud. — Trois observations de troubles mentaux développés par choc émotif. *Ibid.* p. 317.

H. Français, R. Bessière et A. Fraikin. — Accidents nerveux organiques par commotion sans plaie extérieure. Centre Neurol. de la III^e^ Rég. *Rev. neur.* oct.-nov.-déc. 1917, p. 364.

H. Français. — Séquelles psychiques des blessés du crâne et des commotionnés. *Ibid.*, p. 388.

Roussy. — Un cas de paraplégie hystérique datant de 21 mois avec gros troubles vaso-moteurs, etc... *Ibid.* p. 388.

Cestan, Descomps et Sauvage. — Les troubles de l'équilibration chez les traumatisés du crâne. Cent. Neurol. de la IX[e] Rég. p. 398. *Ibidem.*

Barbé. — Les troubles subjectifs et mentaux consécutifs aux traumatismes du crâne. Trépanations et commotions. Cent. Neur. de la XIII[e] Rég. *Ibidem.* p. 400.

P. Sollier. — Recherches sphygmographiques sur les tremblements et les clonus. Cent. Neurol. de la XIV[e] Rég. in *Rev. Neurol.* oct.-déc. 1917, p. 407.

Mairet. — Etude expérimentale de la commotion. Cent. Neurol. XVI[e] Rég. *Ibidem.* p. 421.

A. Hesnard. — L'astaso-abasie de nature émotionnelle et les tremblements intentionnels émotionnels. Cent. Neurol. XIX[e] Rég. *Ibidem*, p. 435.

— Le puérilisme mental des commotionnés. *Ibidem* p. 435.

— L'apathie affective des tranchées. *Ibidem*, p. 435.

Porot. — Tabès post-commotionnel. *Ibidem*, p. 437.

A. Léri. — Les commotions de guerre. C. N. II[e] Armée. *Ibidem*, p. 449.

— Un cas d'aphasie motrice : anarthrie et agraphie par commotion par obus. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 20 déc. 1917.

Jean Lépine. — *Troubles mentaux de guerre.* Collection Horizon. Masson, 1917.

J. Babinski et J. Froment. — *Hystérie. Pithiatisme et Troubles nerveux d'ordre réflexe.* Collection Horizon. Masson, 1917.

G. Roussy et J. Lhermitte. — *Psychonévroses de guerre.* Collection Horizon, Masson 1917.

A. Devaux et J. B. Logre. — *Les Anxieux.* Masson, 1917.

Valotère. — *Le réflexe oculo-cardiaque chez les Trépanés.* Thèse de Montpellier, 1917.

1918 (I^er Semestre).

Dide. — *Les émotions et la guerre.* Alcan, 1918.

Abramowski. — *Le subconscient normal. Nouvelles recherches expérimentales.* Alcan, 1918.

Meige et Bénisty. — Remarques sur les tremblements de guerre. *Soc. de Neurologie*, 10 janv. 1918.

Chavigny. — Pathologie de l'attention. Etude d'un syndrome d'aprosexie systématisée. *Annales Médico-Psycholog.* n° 1. Janv. 1918, p. 72.

Marage. — Mécanisme des commotions de guerre. *Presse médicale*, 17 janvier 1918.

Ch Aubertin. — Les tachycardies de guerre. *Presse médicale*, 24 janvier 1918.

Quénu. — Du shock traumatique dans les blessures de guerre. *Presse médicale.* 7 fév. 1918.

Sauvage. — Illusions visuelles de position. Nouvelle expérience pouvant servir à l'étude du sens des attitudes segmentaires. *Soc. de Neurolog.*, 7 fév. 1918.

M. de Fleury. — 2 cas de psychonévrose émotive. *Académie de médecine.* 26 fév. 1918.

Luzoir. — Le shock et les théories américaines. *Presse médicale*, 4-18 mars 1918.

P. Voivenel. — Communication sur la peur morbide acquise. *Annales Médico-Psychologiques.* Mars 1918. p. 272.

Mignard. — Syndrome psychique atopique chez les blessés crânio-cérébraux, observés quelques mois après la blessure. *Ibidem.* p. 241.

Dupré. — La constitution émotive. *Académie de médecine*, 2 avril 1918.

Matthieu, P. Weill. — L'hyperglycorachie des commotionnés de guerre. *Société de Biologie*, 13 avril 1918.

Duprat. — Confusion mentale. *Progrès médical*, n° 15. 13 avril 1918.

Battigne. — Commotions thoraciques. *Ibidem.*

H. Piéron. — Du mécanisme de la psychothérapie dans les contractures fonctionnelles. *Progrès médical*, n° 15, 13 avril 1918.

Laignel-Lavastine et P. Courbon. — Simulation des aliénés devant la guerre. *Paris Médical*, n° 16, 20 avril 1918.

Logre et Bouttier. — Les troubles artériels et vaso-moteurs dans les commotions et les blessures cérébro-médullaires. *Revue Neurolog.*, n° 34, mars-avril 1918, p. 93.

P. Haushalter. — Amnésie commotionnelle rétrograde subitement supprimée par une émotion. *Revue Neurolog.*, n° 3-4, mars-avril 1918, p. 118.

J. Capgras et R. Bessière. — Délire d'interprétation consécutif à une commotion par explosion de torpille. *Ibidem*, p. 121.

A. Léri. — Lésions cervico-bulbo-protubérantielles multiples par commotion d'obus. *Revue Neurolog.*, n°s 3-4, mars-avril 1918, p. 231.

G. Roussy et L. Cornil. — Deux cas de commotion spinale directe par luxation vertébrale cervicale. Quadriplégie en voie de guérison. Syndrome de Cl. Bernard-Horner. Soc. de Neurol., 11 avril 1918, in *Revue Neurol.*, mars avril 1918, p. 233.

P. Descomps, J. Euzière et P. Merle. — Le signe de la convergence des globes oculaires chez les commotionnés. *Presse Médicale*, 9 mai 1918.

Mestrézat, Bouttier, Logre. — Note sur la valeur de l'hyperglycosie dans les commotions de guerre. *Société de Biologie*, p. 505, 11 mai 1918.

A. Pitres et L. Marchand. — Les séquelles subjectives du syndrome commotionnel chez les blessés crânio-cérébraux. *Presse Médicale*, 16 mai 1918.

Damaye. — Les neurasthénies de guerre. *Progrès Médical*, n° 21, 25 mai 1918.

Laignel-Lavastine et Courbon. — La sinistrose de guerre, *Presse Médicale*, 30 mai 1918.

Piéron. — Des réflexes labyrinthiques provoqués par excitation unilatérale. *Presse Médicale*, 10 juin 1918.

— Réflexe tonique relevant du fonctionnement normal ou de l'excitation bilatérale des labyrinthes. *Ibidem*.

Villaret et Faure-Beaulieu. — La régulation thermique des anciens trépanés. *Ibid.*

C.-L. Duprat. — Rôle des complexes idéo-affectifs et de l'onirisme dans les syndromes émotionnels. *Presse Médicale*, n° 36, 20 juin 1918.

Lecène, Mestrézat et Bouttier. — Valeur diagnostique et pronostique de l'hyper-albuminose du liquide céphalo-rachidien dans les traumatismes du crâne. *Ibidem.*

1918 (II^e^ semestre).

Mestrezat, Weissenbach et Bouttier. — Persistance du pouvoir réducteur du liquide céphalo-rachidien dans les infections méningées d'origine traumatique, *Presse Médicale*, n° 37, 4 juillet 1918.

P. Delbet et Karejonopoulos. — Toxicité des autolysats musculaires au point de vue du choc. *Ibidem.*

A. Mairet et H. Piéron. — Du signe de l'irritation trigémino-occipitale et de la physiologie pathologique des céphalées chez les commotionnés. *Paris Médical*, 6 juillet 1918.

J. Euzière et P. Guiraud. — Les états mélancoliques consécutifs aux commotions cérébrales. *Annales Médico-Psychologiques*. Juillet 1918, p. 18.

Aymes. — Les psychonévroses convulsives. *Paris Médical*, 20 juillet 1918.

R. Mallet et P. Meunier. — Réactions de fatigue chez les prédisposés. Etats paranoïdes. *Annales Médico. Psychol.* Juillet 1918, p. 48.

André Léri. — *Commotions et émotions de guerre.* Collection Horizon. Masson. Paris, 1918.

— Les commotions « retardées » par explosion d'obus. *Presse Médicale*, 5 août 1918.

Souques. — Narcolepsie consécutive à une commotion cérébrale. Soc. de neurologie, 11 juillet 1918, in *Presse Médic.*, 8 août 1918.

Charon et Halberstadt. — Sur la tachycardie continue d'origine émotive. *Paris Médical*, n° 33, 17 août 1918, p. 140-141

H. Piéron. — Les fondements de la seméiologie labyrinthique (Signification des épreuves cliniques). *Presse Médicale*, 29 août 1918.

G. Guillain. — Les hémorragies méningées dans la pathogénie de guerre. *Presse Médicale*, 5 sept. 1918.

H. Mairet et Piéron. — Les séquelles subjectives des traumatisés crânio-cérébraux et le syndrome commotionnel. *Presse Médicale*, 26 sept. 1918.

P. Descomps, J. Euzière et P. Mrele. — Le signe de la convergence des globes oculaires chez les grands commotionnés. *Presse Médicale*, 3 oct. 1918, p. 509.

H. Claude et J. Lhermitte. — Les commotions directes de la moelle épinière, *Presse Médic.*, 7 oct. 1918, p. 514.

A. Mairet et G. Durante. — Le champ visuel hélicoïdal convergent. *Presse Médicale*, 28 nov. 1918, p. 611.

H. Charon et C. Halberstadt. — Contribution à l'étude de la confusion mentale psychogène. *Annales Médico-Psychol.*, novembre 1918, p. 252.

* * *

Nous nous excusons d'arrêter ici notre Bibliographie mais notre travail était achevé en Octobre dernier.

De multiples obligations militaires en ont retardé la présentation jusqu'à ce jour.

COULOMMIERS
Imprimerie DESSAINT et Cie.

181

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE